



HOSPIZ LUISE
KONGREGATION DER BARMHERZIGEN SCHWESTERN
VOM HL. VINZENZ VON PAUL IN HILDESHEIM

Beitritt: Freundeskreis HOSPIZ LUISE

Ich ermächtige das Hospiz Luise, Zahlungen von meinem Konto mittels **SEPA-Lastschriftmandat** einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospiz Luise auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger – Identifikationsnummer Hospiz Luise: DE 90 005 00000364233
Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt.

Zahlungsart (bitte ankreuzen)

- Mandat für wiederkehrende Zahlungen monatlich zum:
- Mandat für wiederkehrende Zahlungen jährlich zum:

Betrag: _____ €

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut Name

BIC

IBAN

Ort

Datum

Unterschrift

Bitte ausgefüllten Antrag einsenden an das Hospiz Luise, Brakestr. 2 d, 30559 Hannover