

# Hospizkreis Ottobrunn e.V.

Ambulanter Hospiz- und Palliativberatungsdienst

Putzbrunner Straße 11 a · 85521 Ottobrunn  
Geschäftszeiten: Mo - Do von 9 - 15 Uhr  
Fr von 9 - 13 Uhr

Telefon (089) 66 55 76 70 Telefax: (089) 66 55 76 72  
[info@hospizkreis-ottobrunn.de](mailto:info@hospizkreis-ottobrunn.de)  
[www.hospizkreis-ottobrunn.de](http://www.hospizkreis-ottobrunn.de)



*Wir helfen Menschen  
bis zum Lebensende  
in Würde zu leben*

## Beitrittserklärung

**Ich trete dem Hospizkreis Ottobrunn e.V. bei und erkläre mich bereit,  
als Mitglied jährlich einen Mindestbeitrag in Höhe von Euro 55,--\*  
(\*auf Antrag ist ein „Sozialbeitrag“ möglich)  
oder  
als Zuwendung im Sinne des § 10 b EstG gegen Bescheinigung  
einen jährlichen Beitrag in Höhe von ..... Euro zu entrichten.**

---

**Herr/Frau:**..... **geb.** .....

Vor- und Nachname in Blockschrift

**Beruf\*** .....

\*freiwillige Angabe

**PLZ/Ort** ..... **Straße** .....

**Telefon** ...../..... **Fax** ...../.....

**E-Mail** .....

**Ort, Datum**.....

Unterschrift/Stempel

**Einzugsermächtigung** .....

IBAN-Nummer

BIC

.....

Geldinstitut

.....

Name des Kontoinhabers

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Kreissparkasse München Starnberg Ebersberg  
IBAN: DE5170 2501 5000 1008 1214 BIC: BYLADEM1KMS  
Verwendungszweck: Hospizkreis Ottobrunn e.V.



## SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Hospizkreis Ottobrunn e.V.  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE22ZZZ00000235574

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname:	Kreditinstitut:
Name:	BIC:
Straße, Nr.:	IBAN:
PLZ, Ort:	Mitgliedsbeitrag:
_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift(en)