

**Vorname, Nachname:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**IGSL-Hospiz e.V.**  
Mitgliederverwaltung  
Mainzer Str. 4  
55411 Bingen/Rhein

**Mitglieds-Nummer:** \_\_\_\_\_

## **Einzugsermächtigung / Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE65 ZZZ 000 005 62078

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die IGSL-Hospiz e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der IGSL-Hospiz e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Name, Vorname des Kontoinhabers:

\_\_\_\_\_

Kreditinstitut des Kontoinhabers:

\_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift(en)