

Aktive Hilfe für alle



Unser Spendenkonto bei der VR-Bank Bayreuth-Hof

IBAN: DE02 7806 0896 0000 0356 53

SWIFT-BIC: GENODEF1HO1

Als Ihr Caritasverband vor Ort sind wir ganz nah dran an den Problemen und sozialen Herausforderungen der Menschen in der Region. Unser vielfältiges Leistungsnetzwerk fängt Hilfesuchende sicher auf und bietet schnell unbürokratische Unterstützung. Wussten Sie schon, dass das fast alle Lebensbereiche betrifft – von der Kinderbetreuung über die Schuldnerberatung bis hin zu materiellen Hilfen? Sprechen Sie mit uns über Ihre Wünsche!

Unsere datenschutzrechtlichen Richtlinien finden Sie unter www.caritas-hof.de

Rufen Sie uns an, wir beraten Sie gerne.



Caritasverband
Stadt- und Landkreis Hof e.V.
 Marienstr. 56, 95028 Hof
 Tel.: 09281 140170
 E-Mail: info@caritas-hof.de

Das Leistungsnetzwerk der Caritas.

caritas



Werden Sie Mitglied beim Caritasverband Hof e.V.

www.caritas-hof.de



Caritasverband
 Stadt- und Landkreis Hof e.V.

Das Leistungsnetzwerk der Caritas.

Beitrittserklärung zur Mitgliedschaft beim Caritasverband Stadt- und Landkreis Hof e.V.

Hiermit möchte ich

Name, Vorname, Titel

Straße

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum: Telefon:

Konfession: Pfarrei:

Fam.-stand: Beruf:

Mitglied ab beim Caritasverband Hof e.V. werden.

Meinen Jahresbeitrag in Höhe von € zahle ich wie folgt:

(Der Jahresmindestbeitrag beträgt 10,00 €)

☐ Ich erteile Ihnen nebenstehende SEPA-Lastschrift

☐ Ich überweise den Mitgliedsbeitrag

☐ Ich bin ehrenamtlich beim Caritasverband Hof e.V. aktiv

☐ Ich bin an einer ehrenamtlichen Tätigkeit interessiert.

Bitte rufen Sie uns an.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Senden Sie Ihre ausgefüllte Beitrittserklärung bitte an:

Caritasverband

Stadt- und Landkreis Hof e.V.

Marienstr. 56, 95028 Hof

Das Leistungsnetzwerk der Caritas.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer
(Zahlungsempfänger)

DE02 7806 0896 0000 0356 53

Mandatsreferenz max. 35 Stellen
(wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

.....

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Caritasverband Hof e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom obengenannten Zahlungsempfänger Caritasverband Hof e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

HINWEIS:

Rückgabefrist: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Pre-Notification: Ich werde von o.g. Zahlungsempfänger 14 Tage vor Fälligkeit über die Belastung meines Kontos benachrichtigt.

Zahlungsart: Jährlich wiederkehrende Zahlung

Der Einzug des Mitgliedsbeitrages erfolgt im ersten Mitgliedsjahr innerhalb eines Vierteljahres.

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten im Verein erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und die Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

Name des Zahlungspflichtigen

Straße, PLZ, Wohnort

Kontoinhaber/Zahler, Adresse (falls abweichend)

IBAN (max. 22 Stellen)

BIC (max. 10 Stellen)

Bankname:

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers