



**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**