

Förderverein PALLIATIV- UND HOSPIZARBEIT e.v.

Beitrittserklärung Förderverein Palliativ- und Hospizarbeit e.V.

27232 Sulingen, Lindenstr. 1

Von:

Mitgliedsnummer:

--	--	--	--	--	--

Vor- /Zuname			
PLZ/Ort		Straße	
Tel.		E-Mail	

Ich beantrage die Mitgliedschaft beim Förderverein Palliativ- und Hospizarbeit e.V.:

<input type="checkbox"/> als natürliche Person <input type="checkbox"/> mit einem Mitgliedsbeitrag in Höhe von 30 Euro/ Jahr. <input type="checkbox"/> mit einem freiwilligen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ Euro/Jahr.	<input type="checkbox"/> als natürliche Person mit einem Mitgliedsbeitrag in Höhe von 12 Euro (Einzelfallentscheidung; Schüler/Student).
<input type="checkbox"/> als juristische Person <input type="checkbox"/> mit einem Mitgliedsbeitrag in Höhe von 180 Euro/ Jahr. <input type="checkbox"/> mit einem freiwilligen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ Euro/Jahr.	<input type="checkbox"/> als Institution, die ehrenamtlich tätig ist. Die Mitgliedschaft ist beitragsfrei.

Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Ein Austritt kann schriftlich zum 31.12. eines Jahres erfolgen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, das nachfolgend abgedruckte „Merkblatt Datenschutz“ (Informationspflichten nach Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung) zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

förderverein
 PALLIATIV- UND
 HOSPIZARBEIT e.v.

SEPA-Lastschriftmandat:

Zahlungsempfänger:	Förderverein Palliativ- und Hospizarbeit e.V. Lindenstrasse 1, 27232 Sulingen	
	Gläubiger-ID Nr. DE24 ZZZ 00002301250	Mandatsreferenz-Nr.*

Konto-Inhaber	Vor-/Zuname:	
	PLZ/Ort:	Straße:
	Kreditinstitut:	BIC:
	IBAN:	

Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift:	<p>Ich ermächtige den Förderverein Palliativ- und Hospizarbeit e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Förderverein Palliativ- und Hospizarbeit e.V. auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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.</p> <p><input type="checkbox"/> Mandat gilt für wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Mandat gilt für einmalige Zahlung</p>
---	--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, das nachfolgend abgedruckte „Merkblatt Datenschutz“ (Informationspflichten nach Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung) zur Kenntnis genommen zu haben.

 Ort, Datum

 Unterschrift des/der Kontoinhaber/s

*Die Mandatsreferenz-Nr. wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.