

Beitrittserklärung

- Ich möchte förderndes Mitglied im Hospiz-Verein werden [30 € Jahresbeitrag].
- Ich möchte Familienmitglied werden
[10 € Jahresbeitrag, wenn schon ein Familienangehöriger Hauptmitglied ist].

Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Anschrift	Straße, Haus-Nr.	
	PLZ, Ort	
Telefon/Handy		
E-Mail		
		Mit der Angabe meiner E-Mail-Adresse erkläre ich mich einverstanden, dass ich Veranstaltungshinweise und Einladungen zugesandt bekomme.
Gläubiger-Identifikationsnummer-Hospizverein Arberland e.V.		DE90ZZZ00001103664
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen)		
<p>SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Hospizverein Arberland e. V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Hospizverein Arberland e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>		
SEPA-Lastschriftmandat		<input type="checkbox"/> wiederkehrende Zahlung
Name des Kontoinhabers		
Bankverbindung	IBAN	
	BIC	
Bank/Geldinstitut		

Datenschutzerklärung: Wir erheben, verwenden und speichern Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung der EU (DS-GVO) für die Mitgliedschaft und Abrechnung in unserem Verein.
Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden personenbezogene Daten nach der DS-GVO der EU gelöscht bzw. verwahrt.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

Stand: August 2024