

BEITRITTSERKLÄRUNG

zum Hospizverein Wolfenbüttel e.V.

Name, Vorname

Geburtsdatum

E-Mail

Name, Vorname (bei Partnermitgliedschaft)

Geburtsdatum

E-Mail

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Telefon

Jährliche Mindestbeiträge

- € 40,00 Einzelmitgliedschaft
 € 60,00 Partnermitgliedschaft
 € 100,00 Firmen/Institutionen
 € _____ mein / unser Betrag

Beginn der Mitgliedschaft

Die aktuelle Satzung habe ich eingesehen. Ich erkenne sie als verbindlich an.

Ich erkläre mich einverstanden mit der Erhebung, Speicherung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Mitgliedschaft. Die Daten werden ausschließlich zur Mitgliederverwaltung verwendet. Sie unterliegen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift(en)

BANKEINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich ermächtige den Hospizverein Wolfenbüttel e.V. widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres angegebenen Kontos durch Lastschriftzug einzuziehen. Für eine entsprechende Deckung bei Fälligkeit wird Sorge getragen. Es ist mir/uns bekannt, dass bei fehlender Deckung in der Bankverbindung das nachfolgend genannte Kreditinstitut nicht zur Einlösung verpflichtet ist. Der Verein behält sich ausdrücklich im Fall der Nichteinlösung die Geltendmachung der hierfür anfallenden Gebühren für Rücklastschrift vor.

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Datum

Unterschrift(en) (eigenhändig, wie bei der Bank hinterlegt)