

Beitrittserklärung



An den
Hospizverein
Neuburg-Schrobenhausen e.V.
Münchener Straße 15
86633 Neuburg a. d. Donau

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied zum Hospizverein Neuburg-Schrobenhausen e.V.

Name, Vorname _____

Straße/Hausnr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon* / Fax* _____ / _____

Geburtsdatum* _____ E-Mail:* _____

* freiwillige Angabe

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 45,- € pro Jahr (passive Mitgliedschaft)
Grundlage für die Mitgliedschaft ist unsere Satzung vom 16.05.2019

Ich erkenne die Vereinssatzung an und bin mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes einverstanden.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Hospizverein ND-SOB den jährlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizverein ND-SOB auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: _____

BIC: _____ Gläubiger-Id: DE96 2220 0000 1106 64

Ort, Datum

Unterschrift