

Mitgliederantrag



Hospizverein
im Pfaffenwinkel e.V.

Hospiz Pfaffenwinkel e.V.

Kirchplatz 3
82398 Polling

**Hiermit möchte ich den Hospizverein im Pfaffenwinkel e.V.
unterstützen und Mitglied werden.**

Vor- und Nachname

Geburtsdatum (freiwillig)

Straße und Hausnummer

Telefon und ggf. Faxnummer

Postleitzahl und Wohnort

E-Mail Adresse



Als Mitglied bin ich bereit jährlich EUR _____ zu entrichten.

(Jahres-Mindestbeitrag EUR 65)

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch den Hospizverein im Pfaffenwinkel e.V. zu. Meine Daten werden für die Zusendung von Informationen rund um die Hospizarbeit des Vereins und zur Einladung der Mitgliederversammlung verwendet. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Ich kann jederzeit meine heute erteilte Einwilligung widerrufen. Dies kann ich schriftlich per E-Mail an datenschutz@hospizverein-pfaffenwinkel.de oder per Post durchführen.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den Hospizverein, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Hospizverein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich der Hospizverein über den Einzug in dieser Verfahrensweise unterrichten. Sie können diese Einzugsermächtigung jederzeit schriftlich widerrufen.

Kontoinhaber

IBAN

Bank

Ort, Datum

Unterschrift

**Senden Sie bitte den Antrag im Original ausgefüllt und unterschrieben
an oben genannte Adresse.**

Vorsitzender:
Jacob Schaetz

Sitz:
Kirchplatz 3, 82398 Polling
Telefon 0881 92 77 20
Fax 0881 92 77 214

Bankverbindung:
Sparkasse Oberland
IBAN DE18 7035 1030 0000 9309 25
BIC BYLADEM1WHM