

Aufnahmeantrag

Hospizverein im Pfaffenwinkel e.V.
Kirchplatz 3
82398 Polling

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

Vorname, Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum (freiwillig): _____

Telefon / Fax: _____

E-Mail: _____

Als Mitglied bin ich bereit, jährlich

EUR _____ (Jahres-Mindestbeitrag EUR 65,00) zu entrichten.

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 Verfahrensart unterrichten.

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Bank: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

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