

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Aufnahme im Verein

Wegwarte

Ambulanter Hospiz- und
Palliativdienst Ried e.V.

Name, Vorname

Straße

PLZ Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Ich / wir zahlen als **Privatperson**

den Mindestbeitrag in Höhe von 40,00 Euro / Jahr

einen höheren Beitrag: Euro / Jahr

als **Institution**

den Mindestbeitrag in Höhe von 100,00 Euro / Jahr

einen höheren Beitrag: Euro / Jahr

Datenschutz

Mit dem Beitritt erkläre ich mich einverstanden, dass die oben erhobenen Daten unter Berücksichtigung der Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes BDSG per EDV vom Verein verarbeitet und genutzt werden.

Ohne dieses Einverständnis kann eine Mitgliedschaft nicht begründet werden. Die überlassenen personenbezogenen Daten dürfen ausschließlich für Vereinszwecke verwendet werden und werden umgehend nach Beendigung der Mitgliedschaft gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift

Meinen Beitrag bezahle ich per SEPA-Lastschrift-Mandat.
Gläubiger-Identifikationsnummer DE96ZZZ00001004810

Mitgliedsnummer *(wird vom Verein vergeben)*

Ich ermächtige die **Wegwarte – Ambulanter Hospiz- und Palliativ-**
dienst e.V. meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von

Euro

von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an die vom Verein auf mein
Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

Kreditinstitut

IBAN: DE

BIC:

Ort, Datum

Unterschrift

Herzlich willkommen

bei der



Wegwarte

Ambulanter Hospiz- und
Palliativdienst Ried e.V.