

Mitglieder-Aufnahmeantrag

Name	Vorname	Geburtsdatum *)

Bei weiteren Personen bitte Rückseite benutzen.

Straße Nr.	PLZ	Ort

Telefon *)	Mobil *)	E-Mail *) (Wir bitten Sie um Angabe der E-Mail-Adresse)

*) Freiwillige Angaben

Der Mitgliedsbeitrag wird als Kalender-Jahresbeitrag zum 31.03./01.04. eines jeden Jahres fällig.
Zutreffendes bitte ankreuzen.

<input type="checkbox"/>	Einzelmitgliedschaft	6,00 €	Mindestbeitrag *)
<input type="checkbox"/>	Eheleute/Familie (Kinder bis 18 Jahre)	9,00 €	Mindestbeitrag *)
<input type="checkbox"/>	Juristische Person	30,00 €	Mindestbeitrag *)
<input type="checkbox"/>	*) Ich bin bereit, einen höheren Beitrag zu bezahlen	€	je Kalenderjahr

Der Mitgliedsbeitrag wird wie folgt gezahlt: (Wir bitten Sie um Erteilung einer Lastschrift-Ermächtigung)

- Einzug vom Bankkonto mittels Lastschrift (siehe umseitiges SEPA-Lastschrift-Mandat)
 per Überweisung

Einverständniserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz:

Ich bin/Wir sind mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung (Mitgliederliste, Beitragszahlung, vereins-bezogener Schriftverkehr) im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden:
 Name, Anschrift, Geburtsdatum*), Telefonnummern*), E-Mail-Adresse*), Bankdaten [*] soweit freiwillig angegeben]
 Mir/Uns ist bekannt, dass der Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis leider nicht angenommen werden kann.

Mit meiner/unsere(r) Unterschrift erkenne/n ich/wir die Satzung des Vereins an
 und beantrage/n die Mitgliedschaft im
Hospizdienst Weilerswist e.V.

Weilerswist, _____ Unterschrift:

Rückseite des Aufnahmeantrages zum Hospizdienst Weilerswist e.V.

Bei gewünschtem Lastschriftzug:

SEPA-Lastschriftmandat (= Lastschriftermächtigung)

Zahlungsempfänger: Hospizdienst Weilerswist e.V. Ahrstr. 15, 53919 Weilerswist Gläubiger-Identifikations-Nr. DE80 ZZZ 00000 171 092

Anmerkung des Hospizdienst Weilerswist e.V.:

Die Mandatsreferenz (= Mitgliedsnummer) wird im Bestätigungsschreiben mitgeteilt.

Ermächtigung des/der Zahlungspflichtigen:

Ich/Wir ermächtige/n den Hospizdienst Weilerswist e. V., 53919 Weilerswist, widerruflich die jährlich wiederkehrenden Zahlungen (Mitgliedsbeitrag) von meinem/ unserem nachstehend genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich mein/wir unser Kreditinstitut an, die vom Hospizdienst Weilerswist e. V. auf dieses Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber: _____

IBAN- (Konto)-Nummer: _____
(bitte alle 22 Stellen)

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum

Unterschrift des/der Kontoinhaber(s)

Hospizdienst Weilerswist e.V.

Internet: www.hospizdienst-weilerswist.de

Vereinsanschrift: Ahrstr. 15, 53919 Weilerswist

Koordinatorin:

2. Vorsitzende:

Iris Wiechert

Pfarrerin Renate Kalteis

Tel. 01573 67 54 889

Tel. 02254/60 14 625