



## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in den Hospiz-Verein Erfstadt e.V.

### Persönliche Angaben

Name, Vorname:

---

Firma (Institution):

---

Straße:

PLZ, Ort:

---

Geburtsdatum:

---

Telefon:

---

E-Mail:

---

Der Hospiz-Verein Erfstadt e.V. strebt zur Vermeidung von Verwaltungskosten unbedingt an, die Kommunikation mit den Mitgliedern via E-Mail zu führen. Daher ist die Angabe Ihrer E-Mail-Verbindung erforderlich. Es können Einladungen zur Mitgliederversammlung und Informationsschreiben über den Hospiz-Verein erfolgen.

### Ich beantrage die Aufnahme als

- Einzelmitglied (Jahresbeitrag 50,- Euro)
- Ehepaar / Lebensgemeinschaft (Jahresbeitrag 70,- Euro)
- institutionelles Mitglied (Jahresbeitrag 90,- Euro)
- Ich / wir spenden zusätzlich  einmalig /  jährlich einen Betrag in Höhe von ..... Euro

### **Datenschutzhinweise**

Die im Mitgliedsantrag enthaltenen Daten werden vom Hospiz-Verein Erfstadt e.V. gespeichert und unterliegen dem Datenschutz.

### **Regularien des Vereins**

Ich erkenne mit meiner Unterschrift die Satzung des Vereins sowie die Festsetzung der Beiträge der jeweils gültigen Fassung an. Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, die Satzung des Vereins in ihrer aktuell gültigen Fassung erhalten zu haben.

Ort, Datum:

Unterschrift:

### **Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats**

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE47ZZZ00000512253**

Bitte buchen Sie den Mitgliedsbeitrag / die Spende per Lastschrift von meinem / unserem Konto ab:

Kontoinhaber:

\_\_\_\_\_

IBAN:

\_\_\_\_\_

BIC:

\_\_\_\_\_

Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag ab Aufnahmedatum sofort fällig.

Die Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

\_\_\_\_\_