



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 an, die Kommunikation mit den Mitgliedern via E-Mail zu führen. Daher bitten wir dringend, eine E-Mail-Adresse anzugeben.

Ich beantrage die Aufnahme als

- Einzelmitglied (Jahresbeitrag 50,- Euro)
- beitragsfreies Einzelmitglied für die Dauer der ehrenamtlichen Tätigkeit im Hospiz-Verein Erfstadt e.V. (Anmerkung: Bei Beendigung der regelmäßigen ehrenamtlichen Tätigkeit entfällt die Beitragsfreiheit)
- 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 Aufnahme datum sofort fällig.

Die Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum:

Unterschrift:
