



Beitrittserklärung

Ich möchte den Ambulanten Hospizdienst Ammerland e. V. unterstützen und beantrage hiermit meine Mitgliedschaft.

Name: Vorname:

Straße: PLZ. Wohnort:

Telefon: Geburtsdatum:

Email Adresse:

.....
Ort Datum Unterschrift

Ich bitte den Mitgliedsbeitrag in Höhe von€*

jährlich von meinem Konto abzubuchen.

Jährlich per Rechnung anzufordern

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich den Verein -Ambulanter Hospizdienst Ammerland e.V.

..... €

zu Lasten meines Girokontos durch Lastschrift einzuziehen.

IBAN:

BIC:

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Ich kann die Einzugsermächtigung auch jederzeit widerrufen.

.....
Ort Datum Unterschrift

* Der Mindestbeitrag beträgt jährlich 30,-- € (Ehepaare und Lebensgemeinschaften 45,-- €, Arbeitslose 15,-- €, Institutionen, Firmen und juristische Personen des Öffentlichen Rechts 60,-- €).

Ich kann aber auch einen höheren Betrag festsetzen.

Auf persönlichen Antrag hin kann der Mindestbeitrag auch geringer ausfallen. Die Entscheidung darüber trifft der Vorstand.

Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Datenschutzerklärung des Vereins -Ambulanter Hospizdienst Ammerland e.V. – gespeichert und verarbeitet werden.

.....
Ort Datum Unterschrift