



**hospizbewegung  
ammerland e.V.**

## Beitrittserklärung

Ich möchte die Hospizbewegung Ammerland e.V. unterstützen und beantrage hiermit meine Mitgliedschaft.

Name

Vorname

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

Geburtsdatum

E-Mail-Adresse

Ort

Datum

Unterschrift

### Mitgliedsbeitrag

Ich bitte, den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € \*

- von meinem Konto abzubuchen (SEPA-Lastschriftmandat siehe unten)  
 jährlich per Rechnung anzufordern

### SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: *Wird nachgereicht* Mandatsreferenz: *wird Ihnen separat mitgeteilt*

Ich ermächtige die Hospizbewegung Ammerland e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hospizbewegung Ammerland e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber/in

IBAN

BIC

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Weist mein Konto die erforderliche Deckung nicht auf, besteht keine Verpflichtung des Kreditinstituts zur Einlösung. Das Mandat kann jederzeit widerrufen werden.

Ort

Datum

Unterschrift

**\* Der Mindestbeitrag beträgt jährlich 30,00 €** (Ehepaare und Lebensgemeinschaften 45,00 €, Arbeitslose 15,00 €, Institutionen, Firmen und juristische Personen des öffentlichen Rechts 60,00 €).

Ein höherer Betrag kann jederzeit festgesetzt werden. Auf persönlichen Antrag hin kann der Mindestbeitrag auch geringer ausfallen; die Entscheidung darüber trifft der Vorstand.

## So möchte ich mich einbringen

Beides ist für unsere Arbeit gleichermaßen wertvoll – bitte wählen Sie, was zu Ihnen passt:

- Ich möchte mich aktiv einbringen und darf für ehrenamtliche Aufgaben angesprochen werden – zum Beispiel die Betreuung eines Infostandes, die Mithilfe bei Veranstaltungen oder besonderen Aktionen.
- Ich möchte die Hospizbewegung als förderndes Mitglied unterstützen und so im Hintergrund einen wertvollen Beitrag zu unserer Arbeit leisten.

## Datenschutzhinweis

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Hospizbewegung Ammerland e.V., Lange Str. 9a, 26655 Westerstede (Kontakt: [datenschutz.hospizdienst@ewe.net](mailto:datenschutz.hospizdienst@ewe.net)). Ihre personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Begründung und Verwaltung Ihrer Mitgliedschaft sowie zum Beitragseinzug auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO verarbeitet und nicht an unbefugte Dritte weitergegeben.

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung sowie ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde. Die vollständige Datenschutzerklärung finden Sie unter <https://www.hospizdienst-ammerland.de/Kontakt/Impressum-Datenschutzerklaerung/index.php/> bzw. erhalten Sie auf Anfrage.

- Ich habe den Datenschutzhinweis zur Kenntnis genommen.

.....  
Ort

Datum

Unterschrift

### So senden Sie uns das Formular zurück

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular als Scan oder Foto an:  
[ambulanter@hospizdienst-ammerland.de](mailto:ambulanter@hospizdienst-ammerland.de)

### Hinweis zum SEPA-Lastschriftmandat:

Für die SEPA-Lastschrift bitte dieses Formular ausdrucken und handschriftlich mit Originalunterschrift unterzeichnen. Eine digital eingefügte Unterschrift ist hier nicht zulässig.