

Antrag auf Mitgliedschaft

Name _____
Vorname _____
Straße / Hausnr. _____
PLZ / Ort _____
Telefon _____
Email _____
Geb.-Datum _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zu notwendigen Zwecken erfasst, gespeichert und verarbeitet werden. Meine Daten dürfen nur für den Hospizförderverein Alzenau e.V. genutzt und deshalb nicht weitergegeben werden.

Ich kann meine Datenverarbeitungs- und Schweigepflichtsentbindungserklärung, sowohl im Einzelfall, wie auch generell, jederzeit schriftlich widerrufen.

Datum / Unterschrift _____

Einzugsermächtigung des Mitgliedsbeitrags

- Ich zahle den Betrag für Einzelpersonen (24 € / Jahr)
- Ich zahle den Beitrag für juristische Personen z.B. Verbände oder Unternehmen (120 € / Jahr)
- Ich zahle freiwillig einen höheren Betrag von ____€/Jahr

Ich ermächtige den Hospizförderverein Alzenau e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizförderverein Alzenau e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung der belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Diese Erklärung gilt bis zum Widerruf.

IBAN _____
BIC _____
Bank _____
Datum / Unterschrift _____

Senden Sie den Antrag per Post an:
Hospiz Alzenau; Hospizförderverein Alzenau e. V.; Schumannweg 1; 63755 Alzenau