

# Beitrittserklärung



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied zum Hospizverein Schwabach e. V.

Nach- u. Vorname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Straße, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

- Ich bin damit einverstanden, dass der Hospizverein Schwabach e. V. meine Personalien (Name, Anschrift, Geburtsdatum, E-Mailadresse, Telefonnummer oder vergleichbare Daten) erhebt, speichert und nutzt. Die Daten werden ausschließlich dazu verwendet, mich in allen Angelegenheiten des Hospizverein Schwabach e. V. umfassend zu informieren und zu betreuen. Die vorstehende Einwilligungserklärung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit widerrufen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE40ZZZ00000551633**  
**Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)**

Ich ermächtige den Hospizverein Schwabach e.V., meinen **Mitgliedsbeitrag** in Höhe von \_\_\_\_\_ € pro Jahr (mindestens 20,- €) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizverein Schwabach e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Vor- und Nachname (**Kontoinhaber**) \_\_\_\_\_

IBAN DE \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Hospizverein Schwabach e. V., Regelsbacher Straße 9, 91126 Schwabach  
Tel. 09122 8878751 – Fax 09122 6945045

Email: [info@hospizteam-schwabach.de](mailto:info@hospizteam-schwabach.de) – Homepage: [www.hospizteam-schwabach.de](http://www.hospizteam-schwabach.de)

Bankverbindung: Sparkasse Mittelfranken-Süd – BIC: BYLADEM1SRS – IBAN: DE45 7645 0000 0750 3614 61