

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 – Homepage: www.hospizteam-schwabach.de

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