



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hospizverein Schloss Bernstorff e.V.

Am Schloss 5
23936 Bernstorff

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Hospizverein Schloss Bernstorff e.V.

Mitgliedsdaten:

Firma:

Vorname:

Name:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Wohnort:

Geb.-Datum: . / . /

Telefon Festnetz:

Telefon Mobil:

E-Mail:

Der Mitgliedbeitrag beträgt jährlich:

- für aktive Mitglieder: 5,- € (fünf Euro)
- für Fördermitglieder Privatpersonen: 40,- € (vierzig Euro)
- für Fördermitglieder Firmen: 120,- € (einhundertzwanzig Euro)

Mitgliedsbeiträge an den Hospizverein Schloss Bernstorf e.V. sind als Spende abzugsfähig. Der Hospizverein Schloss Bernstorf e.V. ist vom Finanzamt als mildtätige Körperschaft anerkannt.

Mit meiner Unterschrift wird die Satzung des Vereins anerkannt. Diese ist im Hospiz Schloss Bernstorf, Am Schloss 5 in 23936 Bernstorf einsehbar.

Die Mitgliedschaft kann unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalenderjahres durch eine schriftliche Mitteilung an den Vorstand beendet werden.

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß der Satzung und den Datenschutzbestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach dem Austritt aus dem Verein gelöscht. Der Vorstand erklärt hiermit, dass die Daten nicht an Dritte weitergegeben werden.

Bankverbindung vom Hospizverein Schloss Bernstorf e.V.

Bitte überweisen Sie den jährlichen Mitgliedsbeitrag bis zum 30.09. auf das folgende Konto:

Hospizverein Schloss Bernstorf e.V.

Kreditinstitut: Volks- und Raiffeisenbank eG

IBAN: DE41140613080002582538

BIC: GENODEF1GUE

Verwendungszweck: Mitgliedbeitrag + Name + Jahr

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift



SEPA- Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE92ZZZ00000773149

Name des Mitgliedes

Hiermit ermächtige ich den Hospizverein Schloss Bernstorf e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospizverein Schloss Bernstorf e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Mitgliedbeitrag ist jeweils im September fällig.

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.

Kontoinhaber:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

Die Daten werden von der Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert, mit dieser Maßnahme bin ich einverstanden.

Datum; Unterschrift Kontoinhaber