



Ich möchte
die Hospizarbeit
unterstützen...

Ambulantes
HOSPIZ

Remscheid e.V.

Elberfelderstr. 41, 42853 Remscheid

Tel. 02191 46 47 05

E-Mail: info@hospiz-remscheid.de

www.hospiz-remscheid.de

Mitgliedschaftserklärung

Ich möchte die Hospizarbeit unterstützen und erkläre hiermit meine Mitgliedschaft zum Ambulanten Hospiz Remscheid e.V.

Name: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ Geburtsdatum: _____

(freiwillige Angabe):

E-Mail (freiwillige Angabe): _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ziele des Vereins an. Ich willige ein, dass das Ambulante Hospiz Remscheid e.V. die im Mitgliedsantrag erhobenen personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und der Übermittlung von Vereinsinformationen gemäß Art. 6 Abs. 1 DSGVO elektronisch verarbeitet und nutzt. Eine Datenübermittlung an Dritte oder zu Werbezwecken findet nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, sofern sie nicht nach steuerrechtlichen oder sonstigen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Ich habe das Recht auf Auskunft und Korrektur bezüglich der zu meiner Person gespeicherten personenbezogenen Daten.

Meinen Mitgliedsbeitrag zahle ich:

- per Überweisung (bitte an IBAN: DE72 3405 0000 0000 0180 28)
- per Lastschrift. Im Falle von Lastschrift bitte ausfüllen:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Ambulante Hospiz Remscheid e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, dem Ambulanten Hospiz Remscheid e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird 1 x jährlich Mitte des Jahres eingezogen.

Gläubiger ID: DE23 ZZZ0 0000 2846 38

Mandatsreferenz: Wird mit der Mitgliedschaftsbestätigung mitgeteilt

Mitgliedsbeitrag: _____ (mind. 30 €/Jahr)

Kontoinhaber: _____

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum, Unterschrift: _____