

AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage die Aufnahme im Verein Wegwarte
Ambulanter Hospiz- und Palliativdienst Ried e.V.

NAME, VORNAME

STRASSE

PLZ, ORT

GEBURTSDATUM

TELEFON

E-MAIL

Ich / wir zahlen als

Privatperson DEN MINDESTBEITRAG IN HÖHE
VON 40,00 EURO /JAHR
 EINEN HÖHEREN BEITRAG
_____ EURO /JAHR

Institution DEN MINDESTBEITRAG IN HÖHE
VON 100,00 EURO /JAHR
 EINEN HÖHEREN BEITRAG
_____ EURO /JAHR

DATENSCHUTZ | Mit dem Beitritt erkläre ich mich einverstanden, dass die oben erhobenen Daten unter Berücksichtigung der DSGVO gespeichert werden und vom Verein verarbeitet und genutzt werden. Ohne dieses Einverständnis kann eine Mitgliedschaft nicht begründet werden. Die überlassenen personenbezogenen Daten dürfen ausschließlich für Vereinszwecke verwendet werden und werden umgehend nach Beendigung der Mitgliedschaft gelöscht.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

AUFNAHMEANTRAG

Meinen Beitrag bezahle ich per SEPA-Lastschrift-Mandat. Gläubiger-Identifikationsnummer DE 96ZZ Z000 0100 4810

MITGLIEDSNUMMER

WIRD VOM VEREIN VERGEBEN

Ich ermächtige die Wegwarte – Ambulanter Hospiz- und Palliativdienst e.V. meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von

_____ EURO /JAHR

von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an die vom Verein auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

HINWEIS | Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

NAME KONTOINHABER

KREDITINSTITUT

IBAN

BIC

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT

Herzlich
Willkommen
bei der



Wegwarte

Ambulanter Hospiz- und
Palliativdienst Ried e.V.

Wegwarte – Ambulanter Hospiz- und Palliativdienst Ried e.V.
Freiherr-vom-Stein-Straße 9 | 64560 Riedstadt
Telefon 06158 / 9 41 24 28 | info@wegwarte-ried.de