

Beitrittserklärung zur Hospizgruppe Aschaffenburg e. V.

①	Nachname	Vorname	Geburtsdatum
②	Nachname	Vorname	Geburtsdatum
	Straße	Nr.	PLZ Ort
	Telefon *		
①	Telefon mobil zu 1 *		E-Mail Adresse zu 1 *
②	Telefon mobil zu 2 *		E-Mail Adresse zu 2 *

* = wir bitten um ergänzende Angaben

Den jährlichen Beitrag, fällig am 01.05. jeden Jahres, lege ich wie folgt fest (*bitte ankreuzen*):

Einzelperson:	☐ 30 € **	☐ 50 €	☐ 70 €	☐ _____ €
Paare:	☐ 50 € **	☐ 80 €	☐ 100 €	☐ _____ €
Institutionen:	☐ 100 € **	☐ 200 €	☐ 300 €	☐ _____ €

** = Mindestbeitrag

Der Beitrag ist abbuchbar von meinem Konto bei der

IBAN: _____ BIC: _____

SEPA – Lastschriftmandat für Mitgliedsbeitrag

Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE61 ZZZ0 0000 7808 85

Hiermit ermächtige ich, bis auf Widerruf, die **Hospizgruppe Aschaffenburg e. V., Hanauer Str. 21a, 63739 Aschaffenburg** meinen Jahresbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Hospizgruppe Aschaffenburg 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.

Information zur Datenverarbeitung

Die Informationen zur Datenverarbeitung unter <https://www.hospizgruppe-aschaffenburg.de/datenerfassung/> habe ich zur Kenntnis genommen, habe sie in der Geschäftsstelle eingesehen oder lasse sie mir zuschicken (0 60 21 / 98 00 55).

Ort und Datum

Unterschrift 1

Unterschrift 2