
MITGLIED WERDEN

Ich unterstütze das NETZWERK HOSPIZ

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Geb. Datum:

Telefon:

E-Mail:

Datum: Unterschrift:

Ich bin mit der Verarbeitung meiner zur Mitgliederverwaltung erforderlichen Daten im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Die DSGVO kann ich jederzeit einsehen.

Ich möchte Informationen sowie die Einladung zur Mitgliederversammlung per Mail erhalten.

Den Jahresbeitrag von (zutreffendes bitte ankreuzen) bitte ich bis auf Widerruf von meinem Konto abzubuchen.

Einzelpersonen 40 Euro

Rentner, Studenten, Hospizhelfer 20 Euro

Firmen / Institutionen 200 Euro

Individueller Betrag Euro

Bankinstitut:

IBAN:

BIC:

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum: Unterschrift: