



Hospizbewegung Varel e.V.

Hospizbewegung Varel e.V., Karl-Nieraad-Straße 14, 26316 Varel

senden Sie diese Beitrittserklärung bitte an unsere Geschäftsstelle

Hospizbewegung Varel e.V.
Karl-Nieraad-Str. 14

26316 Varel

Beitrittserklärung Hospizbewegung Varel e.V.

Ich/wir trete(n) der Hospizbewegung Varel e.V. als Mitglied(er) bei

1) Name Vorname

2) Name Vorname

Straße

Postleitzahl Wohnort

Freiwillige Angaben

Geburtstag 1*

Geburtstag 2*

Mobil* Telefon*

E-Mail*

Der Mindestbeitrag pro Person beträgt 30,00 Euro, für Schüler und Studenten 15,00 Euro pro Jahr.

Ich/wir zahle(n) als fördernde(s) Mitglied(er) freiwillig einen Beitrag in Höhe von je Euro pro Jahr.

Der Beitrag soll von meinem/ unserem Konto abgebucht werden Ja () Nein ()

Wir möchten den Betrag in einer Summe abgebucht haben und erhalten dafür nur eine Mandanten-ID und eine gemeinsame Spendenbescheinigung Ja () Nein ()

KONTAKT: ADRESSE: Hospizbewegung Varel e.V., Karl-Nieraad-Str.14, 26316 Varel TELEFON: 04451 / 80 47 33, FAX: 04451 / 80 47 31
E-MAIL: hospizbewegung.varel@ewetel.net INTERNET: www.hospiz-varel.de

BANKVERBINDUNG: Spenden bitte via Haus der Hospiz- und Palliativarbeit „Am Jadebusen“ gGmbH:
Oldenburgische Landesbank IBAN: DE94 2802 0050 9606 0199 00, BIC: OLBODEH2XXX
Geschäftskonto:
Oldenburgische Landesbank IBAN: DE69 2802 0050 9608 8091 00, BIC: OLBODEH2XXX



Hospizbewegung Varel e.V.

Hospizbewegung Varel e.V., Karl-Nieraad-Straße 14, 26316 Varel

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige(n) ich/wir die Hospizbewegung Varel e.V. mit der Gläubiger-Identifikationsnummer DE03ZZZ00001042665 den fälligen Jahresbeitrag bis auf Widerruf von meinem/unserem folgenden Konto abzubuchen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Hospizbewegung Varel e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kreditinstitut

Konto-Nr.:

BLZ: BIC: _____ | _____ IBAN: D E _____ | _____ | _____ | _____
| _____

Datum Ort

Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen

Hinweis: Ich kann/ wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Einwilligung zur Datenerfassung

Ich/wir erteile(n) meine/unsere Einwilligung zur Erfassung, Speicherung und zweckentsprechenden Verwendung/Verarbeitung aller für die Eingehung und Durchführung meiner Mitgliedschaft persönlichen Daten, die die Hospizbewegung Varel e.V. aus meiner Mitgliedschaft benötigt. Dazu gehören Name, Vorname, Straße/Hausnr., PLZ, Ort, Angaben zum SEPA-Lastschriftverfahren.

Weiterhin erteile ich meine Einwilligung zur Erfassung, Speicherung, Verarbeitung folgender Daten:

Geburtstag () Telefon Festnetz/Mobil (), E-Mail....(...)

Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Einwilligung jederzeit gemäß Art 7 DSGVO widerrufen kann. Der Widerruf erfolgt durch einfache Erklärung, allerdings wie die Einwilligung in Schriftform. **Der Widerruf ist zur richten an:** Hospizbewegung Varel e.V., Karl-Nieraad-Str. 14, 26316 Varel.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung von Daten durch den Widerruf nicht berührt wird (Art. 7 Abs. 3 S. 2 DSGVO).

Ort Datum, Unterschrift

KONTAKT: ADRESSE: Hospizbewegung Varel e.V., Karl-Nieraad-Str.14, 26316 Varel TELEFON: 04451 / 80 47 33, FAX: 04451 / 80 47 31
E-MAIL: hospizbewegung.varel@ewetel.net INTERNET: www.hospiz-varel.de

BANKVERBINDUNG: Spenden bitte via Haus der Hospiz- und Palliativarbeit „Am Jadebusen“ gGmbH:
Oldenburgische Landesbank IBAN: DE94 2802 0050 9606 0199 00, BIC: OLBODEH2XXX
Geschäftskonto:
Oldenburgische Landesbank IBAN: DE69 2802 0050 9608 8091 00, BIC: OLBODEH2XXX