



Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zum Förderverein Hospiz für den Landkreis Waldshut e. V. und erkenne/n die Satzung vom 08.01.2020 an.

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße / Haus Nummer		PLZ / Wohnort
Telefon / Mobil	E-Mail	

Jährlicher Mitgliedsbeitrag

Der Mitgliedsbeitrag ist bargeldlos zu entrichten. Der jährliche Mindestbeitrag beträgt unabhängig von Zeitpunkt des Beitritts für

<input type="checkbox"/>	natürliche Personen	Beitrag jährlich	50,-- €;	mein Beitrag jährlich	<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/>	Unternehmen, Institution, Verein etc.	Beitrag jährlich	100,-- €;	unser Beitrag jährlich	<input type="text"/>	€

Der Förderverein Hospiz für den Landkreis Waldshut e. V. ist gemeinnützig im Sinne steuerbegünstigter Zwecke. Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar.

Spendenbescheinigung gewünscht (Bei Beträgen unter 200 € genügt der Bankauszug)

Datenschutzhinweis

Ihre Daten werden ausschließlich für vereinsinterne Zwecke gespeichert, aber nicht an Dritte weitergegeben. Durch Ihre Unterschrift stimmen Sie der Verarbeitung der obigen Daten (gemäß Art. 6 Abs. 1 DSGVO) zur Verwaltung, Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft zu.

Widerrufklausel

Innerhalb von 14 Tagen können Sie gemäß § 355 BGB Ihre Beitrittserklärung ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Dazu reicht eine formlose Nachricht an ein Mitglied des Vorstandes.

Kündigungsbestimmungen

Die Mitgliedschaft kann unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten zum Ende des Kalenderjahres beendet werden. Der Austritt ist gegenüber einem Mitglied des Vorstandes schriftlich zu erklären. Ohne Kündigung verlängert sich die Mitgliedschaft automatisch um ein Jahr.

Ort / Datum	Unterschrift/en

SEPA-Lastschriftmandat

Ich / Wir ermächtige/n den Förderverein Hospiz für den Landkreis Waldshut e. V. Zahlungen wiederkehrend von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Hospiz für den Landkreis Waldshut e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Innerhalb von acht Wochen ab Belastungsdatum kann ich die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name (Kontoinhaber)

Vorname

Straße / Haus Nummer

PLZ / Wohnort

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

IBAN

Kreditinstitut

Ort / Datum

Unterschrift



Spendenkonten:

Sparkasse Hochrhein

IBAN DE 24 6845 2290 0077 0884 58

Volksbank Hochrhein

IBAN DE 43 6849 2200 0002 1712 60

Gläubiger-ID:

DE37ZZZ00002295584

Mandatsreferenz:

wird nach Anmeldung mitgeteilt.

----- für Fensterumschlag hier falten -----

Zurück an

Förderverein Hospiz für den Landkreis Waldshut e. V.
Herrn Dietmar Wieland
Zelgweg 10
79761 Waldshut-Tiengen