

Aufnahmeerklärung

Erklärung zur Aufnahme in

den Hospiz Ibbenbüren e. V.

Ich

Name

Vorname

Geburtsdatum

Berufsbezeichnung

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Email-Adresse

möchte beitreten als

aktives Mitglied

förderndes Mitglied

Ich nehme zur Kenntnis, dass im Rahmen meine Vereinsmitgliedschaft personenbezogene Daten gespeichert werden. Diese Daten unterliegen den Vorschriften der Datenschutzgesetze.

Mitgliedsbeitrag im Jahr

18,50 €

_____ € freiwilliger Beitrag

Ich ermächtige den Hospiz Ibbenbüren e. V. den Mitgliedsbeitrag von meinem folgenden Konto einzuziehen:

Kontonummer

Bankleitzahl

Kreditinstitut

Datum

Unterschrift