



Hospiz IBBENBÜREN

Aufnahmeerklärung

Erklärung zur Aufnahme in den Hospiz Ibbenbüren e.V.

Ich,

Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsort

Berufsbezeichnung

Straße

PLZ Ort

Telefon Email-Adresse

möchte beitreten als

aktives Mitglied

förderndes Mitglied

Ich nehme zur Kenntnis, dass im Rahmen meiner 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 Konto einzuziehen:

IBAN

BIC

Datum/Unterschrift