

**Beitrittserklärung**  
Hospizverein Stuhr e. V.  
Bahnhofstr. 14, 28816 Stuhr

--	--	--	--	--	--	--	--

**Mitgliedsnummer**

<b>Vor- /Zuname:</b>	
<b>Straße:</b>	
<b>PLZ/Ort:</b>	<b>Tel.:</b>
<b>E-Mail:</b>	

**Ich beantrage die Mitgliedschaft beim Hospizverein Stuhr e. V.:**

- als aktives Mitglied**  
mit einem Mitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro/ Jahr  
(Sie können den Betrag frei wählen, der Mindestmitgliedsbeitrag beträgt Euro 30,00)
- als förderndes Mitglied**  
mit einem Mitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro/ Jahr  
(Sie können den Betrag frei wählen, der Mindestmitgliedsbeitrag beträgt Euro 30,00)

**Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Ein Austritt kann nur zum 31.12. eines Jahres erfolgen. Voraussetzung ist, dass die Austrittserklärung bis 30. November schriftlich dem Verein zugeht.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitgliedes

Gemäß EU-Datenschutzgrundverordnung bin ich hiermit auf die Speicherung meiner genannten Daten nur zur Verwendung für Vereinszwecke hingewiesen worden. (Mitgliederverwaltung + Kontaktmöglichkeiten + SEPA-Verfahren).  
Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht ohne meine weitere Zustimmung.

**Ich stimme dieser Datenspeicherung hiermit zu.**

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften:**

Zahlungs- Empfänger:	Hospizverein Stuhr e. V./ Bahnhofstr. 14, 28816 Stuhr	
	Gläubiger-ID: DE81ZZZ00001310242	Mandatsreferenz-Nr. MGNR

<b>Konto-inhaber/in</b> Falls abweichend von obigen Angaben	<b>Vor-/Zuname:</b>	
	<b>Straße:</b>	
	<b>PLZ/Ort:</b>	
	<b>IBAN:</b>	
	<b>Name des Geldinstitutes:</b>	<b>BIC:</b>
Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift:	Ich/Wir ermächtige/n den Hospizverein Stuhr e. V. Zahlungen vom o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Hospizverein Stuhr e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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. <input type="checkbox"/> Mandat gilt für wiederkehrende Zahlung	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers/ der Kontoinhaberin