



# HOSPIZGEMEINSCHAFT HUNSRÜCK-SIMMERN e.V.

## Mitgliedschaftserklärung

Name		Vorname	
Straße		Haus-Nr.	
PLZ	Ort		
Telefon	E-Mail	Geb.-Datum (XX.XX.XXXX)	

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, wie Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum, Telefon, E-Mail Adresse, Bankdaten bei Einzugsermächtigung, erfasst und ausschließlich zum Zweck der Mitgliedsverwaltung, des Beitrags-einzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet werden. Nach Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten und Bankdaten am Ende des Kalenderjahres gelöscht.

Falls ein Partner/eine Partnerin ebenfalls Mitglied der Hospizgemeinschaft wird:

Name		Vorname	
Telefon	E-Mail	Geb.-Datum (XX.XX.XXXX)	

### Jährliche Beiträge

<input type="checkbox"/> Einzelperson	36,- €* <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Personenvereinigungen	50,- €* <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Paar	52,- €* <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kooperationspartner	200,- €* <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schüler, Student, Auszubildender, Rentner	18,- €* <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Studentenpaar, Rentnerpaar	26,- €* <input type="checkbox"/>		

\* Der Beitrag wird fällig am 15.02. jeden Jahres.

### Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Hospizgemeinschaft Hunsrück-Simmern e.V., Mühlengasse 1, 55469 Simmern, Gläubiger ID-Nr. DE62ZZZ0 0000 295 188, Mandatsreferenz-Nr. (Mitglieds-Nr.) wird mitgeteilt.

Kontoinhaber	
Kreditinstitut	
IBAN	BIC

Ich weise mein Kreditinstitut an, die eingezogene Lastschrift auf meinem Konto einzulösen. Innerhalb von 8 Wochen kann ich die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen.

Datum	Unterschrift
-------	--------------