



# Beitrittserklärung

Alle Angaben werden vertraulich behandelt

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als Mitglied zum Hospiz-Team Nürnberg e. V.**

Nachname, Vorname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

- Ich möchte alle zukünftigen Informationen per E-Mail (Rundbrief, Einladung Mitgliederversammlung, allgemeine Information)
- Ich bin damit einverstanden, dass das Hospiz-Team Nürnberg e. V. meine Personalien (Name, Anschrift, Geburtsdatum, E-Mail-Adresse, Telefon-/Faxnummern oder vergleichbare Daten) erhebt, speichert und nutzt. Die Daten werden ausschließlich dazu verwendet, mich in allen Angelegenheiten des Hospiz-Team Nürnberg umfassend zu informieren und zu betreuen. Die vorstehende Einwilligungserklärung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit widerrufen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## SEPA- Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73ZZZ00000553398**  
**Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)**

Ich ermächtige das Hospiz-Team Nürnberg e. V., meinen **Mitgliedsbeitrag** in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro pro Jahr (mindestens 20,00 €) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Hospiz-Team Nürnberg e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

Vorname und Nachname (**Kontoinhaber**) \_\_\_\_\_

IBAN DE \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

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