

Beitrittserklärung

Vorname Name

bei Paaren: Vorname Name

Straße

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail Adresse

Hiermit erkläre ich/erklären wir den Beitritt in den HORIZONTE Hospizverein e.V.

Datum

Unterschrift/en

Mindestbeitrag pro Kalenderjahr: Einzelmitglied 30,00 €, Paare 40,00 €

Mein/Unser Beitrag pro Kalenderjahr beträgt _____ €.

Wichtige Informationen zum Datenschutz

Wir speichern Ihre Daten in Computern. Damit ist es uns mit geringem Zeitaufwand möglich, die Liste unserer Mitglieder einzusehen, zu sortieren, allen Mitgliedern Briefe zu schreiben oder ähnliches.

Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, können wir Ihren Mitgliedsbeitrag abbuchen, ohne dass für Sie weitere Arbeit entsteht.

Name, Adresse und die Höhe Ihres Mitgliedsbeitrages sind Daten, die wir aufgrund von Gesetzen speichern müssen (z.B. für die Steuererklärung).

Wichtige Hinweise: Alle anderen Angaben sind freiwillig. Sie können frei entscheiden, ob wir andere Angaben speichern dürfen oder nicht. Sie können Ihre Einwilligung zudem jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Dies hat für Sie keinerlei negative Konsequenzen. Wir werden dann diese Daten so schnell wie möglich aus unserem Datenbestand entfernen.

Sie erreichen unsere Datenschutzbeauftragte:

Datenschutzbeauftragte – HORIZONTE Hospizverein e.V., Burgstraße 28 / Kellereigebäude,
65719 Hofheim - Telefon: 06192 – 91 17 14; E-Mail: datenschutz@horizonte-hospizverein.de

Einwilligungserklärung

Ja, ich bin/wir sind damit einverstanden, dass Sie meine/unsere Daten speichern.

Datum

Unterschrift/en

-bitte wenden-

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger (Gläubiger)

HORIZONTE Hospizverein e.V., Burgstraße 28, 65719 Hofheim

Gläubiger-Identifikationsnummer DE57ZZZ00000819175

Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt.

Vorname Name Kontoinhaber

Kreditinstitut

IBAN

Ich ermächtige den HORIZONTE Hospizverein e.V. bis auf Widerruf Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/unser Kreditinstitut an, die vom HORIZONTE Hospizverein 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.

Datum/Ort

Unterschrift

-bitte wenden-