Ambulanter
Hospizdienst
für den Landkreis Cloppenburg e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre/n ich/wir meine/unsere Mitgliedschaft im Hospizdienst im Landkreis Cloppenburg e.V..
Der Jahresbeitrag beträgt (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☐ Einzelperson **30,00 €**
- ☐ Einzelperson und Ehepartner/Partner **60,00 €**
- ☐ Wunschbetrag *(mind. 30,00 € bzw. 60,00 €)* _____ € *(Betrag bitte hier einfügen)*

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ *Ort*

E-Mail *Geburtsdatum*

Telefon

Ehepartner/Partner

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ *Ort*

E-Mail *Geburtsdatum*

Telefon

Ich/wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass an meine/unsere E-Mail Adresse Informationen und Einladungen des Hospizvereins übermittelt werden. Mit meiner/unserer Unterschrift erkenne ich/wir die Datenschutzbestimmung des Vereins Hospizdienst im Landkreis Cloppenburg e.V. an. Diese können bei uns oder online auf ***www.hospizdienst-clp.de/datenschutz*** *eingesehen werden.*

Unterschrift

Unterschrift (Ehepartner/Partner

SEPA Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen:

Ich ermächtige den Hospizdienst für den Landkreis Cloppenburg e.V. mit der Gläubiger ID: **DE27ZZZ00001490373** Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Hospizdienst für den Landkreis Cloppenburg e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vor- und Nachname (Kontoinhaber/in)

Kreditinstitut (Name und BIC)

D E *IBAN:*

Ort, Datum

Unterschrift

Hospizdienst für den Landkreis Cloppenburg e. V.
Resthauser Straße 8
49661 Cloppenburg
Tel.: 04471 85091-40
info@hospizdienst-clp.de
www.hospizdienst-clp.de
VR-Bank in Südoldenburg eG
DE 82 2806 1501 0045 9038 00
GENODEF1CLP