

Beitrittserklärung



Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft im
Ambulanten Hospizdienst für den Landkreis Cloppenburg e.V.
Der Jahresbeitrag beträgt (Zutreffendes bitte ankreuzen):

☐ Einzelperson 40,00 €

Wunschbetrag (mind. 40,00 €) _____ € (Betrag bitte hier einfügen)

Nachname

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

Geburtsdatum

E-Mail

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass an meine E-Mail Adresse Informationen und Einladungen des Ambulanten Hospizvereins übermittelt werden. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Datenschutzbestimmungen des Vereins Ambulanter Hospizdienst für den Landkreis Cloppenburg e.V. an. Diese können bei uns oder online auf www.hospizdienst-clp.de/datenschutz eingesehen werden.

Unterschrift

SEPA Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen:

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

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die Zahlungsempfänger Ambulanter Hospizdienst für den Landkreis Cloppenburg e.V. auf mein 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)

DE

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

**Ambulanter Hospizdienst für den Landkreis
Cloppenburg e.V.**

Wilke-Steding-Straße 26
49661 Cloppenburg

Tel.: 0441 85091-40
Mobil: 0175-8991171
info@hospizdienst-clp.de
www.hospizdienst-clp.de

VR-Bank in Südoldenburg eG
DE82 2806 1501 0045 9038 00
GENODEF1CLP