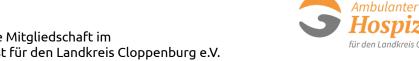
Beitrittserklärung



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 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)

Ort, Datum

Unterschrift