

An den Hospizverein Region Böblingen-Sindelfingen e.V.

Harbigstr. 45/1 , 71032 Böblingen

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich

Einzelmitgliedschaft

(Jahresbeitrag 60 €)

Mitglied als Kommune/Institution

(Jahresbeitrag 120 €)

Name*: _____

Vorname*: _____

Straße*: _____

PLZ / Ort*: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Volljährig*: Ja Nein

*** Pflichtfelder**

Über den Jahresbeitrag hinaus möchte ich

jährlich **zusätzlich** € als freiwilligen Mitgliedsbeitrag abbuchen lassen.

einmalig zusätzlich € spenden.

Durch meine Unterschrift stimme ich der Verarbeitung obiger Daten (gemäß Art. 6 Abs. 1 DSGVO) zur Verwaltung und Abrechnung meiner Mitgliedschaft zu und erkenne die Satzung des Vereins vom 28.03.2019 an. [Adresse: <https://hospizvereinbb.de/verein/downloads/>].

Ort, Datum*

Unterschrift des Mitglieds* (der/des gesetzl. Vertreter/s)

Widerrufsklausel:

Innerhalb von 14 Tagen können Sie gemäß § 355 BGB Ihre Beitrittserklärung ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Dazu reicht eine formlose Nachricht an obige Adresse oder eine Mail an info@hospizvereinbb.de.

Kündigungsbestimmungen:

Diesen Vertrag können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich kündigen. Dazu reicht eine formlose Nachricht an obige Adresse oder eine Mail an info@hospizvereinbb.de. Die Mitgliedschaft endet dann zum Ende des Beitragsjahres am 30. April. Bereits gezahlte Beiträge werden nicht zurückerstattet.

Ohne Kündigung verlängert sich die Mitgliedschaft automatisch um ein Jahr.

Datenschutzhinweis:

Die vorliegenden Daten werden ausschließlich im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft vom Hospizverein Region Böblingen-Sindelfingen erfasst bzw. verarbeitet. Die ausführliche Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Webseite <https://hospizvereinbb.de/datenschutzerklaerung/>

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE76ZZZ00002096711

Mandatsreferenz: _____ (Mitgliedsnummer, wird von uns vergeben und separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Hospizverein Region Böblingen-Sindelfingen. e.V., Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Mitgliedsbeitrag wird zu Beginn der Mitgliedschaft und bis zum 30.4. jedes darauffolgenden Jahres fällig.

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.

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum*

Unterschrift Kontoinhaber*

* Aus rechtlichen Gründen bitte unbedingt nochmals ausfüllen