

Beitrittserklärung

Ich beantrage die Mitgliedschaft im gemeinnützigen Verein
Hospizverein Langenhagen e.V., Walsroder Straße 65, 30851 Langenhagen.
Gleichzeitig erkenne ich die Satzung des Vereins an.



Vor- und Familienname:

Straße/Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon: mobil:

Geburtsdatum: E-Mail:

Bitte ankreuzen und ergänzen:

- Ich möchte **aktives Mitglied** sein, mit einem jährlichen Beitrag von Euro (zurzeit 15 Euro).
Der Beitrag wird im 1. Quartal eines jeden Jahres von meinem unten genannten Konto eingezogen.
- Ich möchte **Fördermitglied** sein, mit einem jährlichen Beitrag von Euro (zurzeit 50 Euro).
Der Beitrag wird im 1. Quartal eines jeden Jahres von meinem unten genannten Konto eingezogen.
- Vereinsatzung gewünscht

Datenschutz

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (Name, Anschrift, Kontaktdaten wie Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Bankverbindung) und vereinsbezogene Daten (Eintritt, Ehrungen und Ämter) gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und den §§ 6, 13 ff. der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bin ich einverstanden. Meine Daten werden nur so lange gespeichert wie die gesetzlichen Bestimmungen dies erlauben. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über meine Daten zu erhalten und das Recht auf deren Berichtigung. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht. Für die Inanspruchnahme weiterer Betroffenenrechte erreiche ich den zuständigen Vorstand des Vereins unter info@hospiz-langenhagen.de oder per Post unter Hospizverein Langenhagen e.V., Walsroder Straße 65, 30851 Langenhagen.

Datum: Unterschrift: _____

Um dem Verein die Abwicklung der Beitragszahlungen so einfach wie möglich zu machen, bitten wir um ein SEPA-Lastschriftmandat (früher: Einzugsermächtigung).

Gläubiger-Identifikationsnummer DE07ZZZ00001384227, Mandatsreferenz 999

SEPA-Lastschriftmandat

Kontoinhaber:

Anschrift:

Kreditinstitut: BIC:

IBAN:

Ich ermächtige den Hospizverein Langenhagen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Hospizverein Langenhagen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Datum: Unterschrift des Kontoinhabers: _____

Hospizverein Langenhagen e.V.
Walsroder Straße 65
30851 Langenhagen

Tel. 0511 - 9402122
Mail: info@hospiz-langenhagen.de
www.hospiz-langenhagen.de

1. Vorsitzender
Michael Stadler

Vereinsregister Nr. 6306
Amtsgericht Hannover

Sparkasse Hannover
IBAN: DE26 2505 0180 0002 0415 80
BIC: SPKHDE2HXXX
Steuer Nr. 27/209/02777

Stand: 04/2024