

Ambulanter Hospizdienst
Wilhelmshaven-Friesland e. V.
Parkstraße 19

26382 Wilhelmshaven

Für die Einzugsermächtigung:

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE42ZZZ00000160815

Mandatsreferenz
(wird vom Verein ausgefüllt)

Aufnahmeantrag

Ich möchte dem Ambulanten Hospizdienst Wilhelmshaven-Friesland e. V. als Mitglied beitreten.
Mit den Zielen des Vereins erkläre ich mich einverstanden.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 36 EUR jährlich. Der Mitgliedsbeitrag kann als Spende
steuerlich geltend gemacht werden.

Vorname Name _____

Geburtsdatum _____

Straße Hausnummer _____

Postleitzahl Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Ich möchte mich auch aktiv im Verein für die Verwirklichung der Vereinsziele einsetzen

Datum/Unterschrift _____

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Ambulanten Hospizdienst Wilhelmshaven-Friesland e. V. folgenden
Betrag widerruflich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

Bank _____

IBAN _____

BIC _____

Kontoinhaber _____

jährlicher Betrag _____

Datum/Unterschrift _____

Wir nehmen den Schutz Ihrer Daten sehr ernst. Personenbezogene Daten werden nur erhoben
und gespeichert, soweit es für die Mitgliederverwaltung erforderlich ist. Ihre Daten werden
niemals verkauft oder aus sonstigen Gründen an Dritte weitergegeben.