

Förderverein Hospiz
Schwäbisch Hall e.V.



**Förderverein Hospiz
Schwäbisch Hall e.V.**

Gerhart-Hauptmann-Straße 42
74523 Schwäbisch Hall

Tel.: 0175 36 40 220
info@foerderverein.hospiz-sha.de
www.foerderverein.hospiz-sha.de

Gläubiger-Id.-Nr.:DE71ZZZ00002339883

Aufnahmeantrag für die Mitgliedschaft und Sepa-Lastschriftmandat

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

E-Mail: _____



Mitgliedsbeitrag pro Jahr

(Jahresmitgliedsbeiträge mind. 30€ pro Mitglied)



Ich werde eine Spende in Höhe von _____
überweisen.

*(Bitte geben Sie bei der Überweisung Ihre vollständige
Anschrift im Verwendungszweck an, damit wir Ihnen eine
Spendenbescheinigung zusenden können.)*

Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich im ersten Quartal eingezogen.
Ihre Mandatsnummer erhalten Sie in einem gesonderten
Schreiben.

Die Vereinssatzung kenne ich/wir in ihrer gültigen Form an.
Mit Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner/unserer
Daten gemäß der DSGVO zum Zweck des Vereins bin ich/sind
wir einverstanden. Die Satzung sowie die Datenschutzrichtlinien
sind auf der Homepage www.foerderverein.hospiz-sha.de
einzu sehen.

Mir/uns ist bekannt, dass die Mitgliedschaft mit dem Tag der
Unterzeichnung des Aufnahmeantrags beginnt.
Austritt oder Ausschluss entbinden nicht von der Verpflichtung,
den Jahresbeitrag bis zum Schluss des laufenden Vereinsjahres
(31.12.) voll zu entrichten.

Der Austritt ist schriftlich an die Geschäftsstelle des Fördervereins
zu schicken.

Förderverein Hospiz Schwäbisch Hall e.V.

Gerhart-Hauptmann-Straße 42

74523 Schwäbisch Hall

oder **info@foerderverein.hospiz-sha.de**.

Sie erhalten eine Kündigungsbestätigung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich dem Förderverein
Hospiz Schwäbisch Hall e.V. beitreten und durch meine
Mitgliedschaft unterstützen möchte.

Datum / Ort

Unterschrift

Erteilung eines Sepa-Lastschriftmandats

Ich ermächtige den Förderverein Hospiz Schwäbisch Hall e.V.
Zahlungen mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich
mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Hospiz Schwäbisch
Hall e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

*(Sie können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem
Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Beitrages
verlangen. Es gelten dabei, die mit Ihrem Kreditinstitut vereinbar-
ten Bedingungen. Die uns dadurch entstehenden Kosten gehen
zu Ihren Lasten.)*

Kontoinhaber

Name der Bank

IBAN

BIC

Datum / Ort

Unterschrift Kontoinhaber