

Beitrittserklärung

zum Hospiz- und Palliativnetzwerk Schaumburg e. V.

MITGLIEDSCHAFT

- | | |
|---|---|
| ☐ Privatperson
Mindestbeitrag 100,00 € pro Jahr | ☐ Ambulanter Hospizdienst
Mindestbeitrag 300,00 € pro Jahr |
| ☐ Gemeinnützige Organisation
Mindestbeitrag 400,00 € pro Jahr | ☐ Gewerbliche Organisation
Mindestbeitrag 600,00 € pro Jahr |

Gewählter Jahresbeitrag in Euro

€ pro Jahr (mindestens der Mindestbeitrag)

ANGABEN

* Pflichtangaben

Name der Organisation bzw. des Dienstes (nur bei Organisationen und Diensten)

Name, Vorname *

Funktion (nur bei Organisationen und Diensten)

Straße und Hausnummer *

PLZ *

Ort *

Telefon

E-Mail *

SATZUNG UND EINWILLIGUNG

- ☐ Die Satzung des Vereins wurde mir vor der Unterzeichnung zur Verfügung gestellt. Ich erkenne sie an. *
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass Einladungen zur Mitgliederversammlung und sonstige Vereinsmitteilungen zusätzlich per E-Mail an die oben genannte Adresse gesendet werden (die Einladung nach der Satzung bleibt davon unberührt). Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich zum 15. April fällig, möglichst per SEPA-Lastschrift (Mandat auf Seite 2). Über höhere Beiträge und Zuwendungen freuen wir uns. Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand (§ 4 der Satzung), danach erhalten Sie eine Aufnahmebestätigung.

Ort, Datum

Unterschrift (Mitglied bzw. vertretungsberechtigte Person)

Datenschutzhinweis nach Art. 13 DSGVO

Verantwortlich ist der Hospiz- und Palliativnetzwerk Schaumburg e. V., Probsthäger Str. 7, 31655 Stadthagen, info@palliativ-schaumburg.de. Wir verarbeiten Ihre Angaben zur Begründung und Durchführung der Mitgliedschaft, zur Mitgliederverwaltung und zum Beitragseinzug (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO) sowie zur Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungspflichten (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO). Die Kommunikation per E-Mail beruht auf Ihrer Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO). Empfänger sind Vorstand und Geschäftsstelle sowie die Sparkasse Schaumburg (Beitragseinzug). Die Daten werden für die Dauer der Mitgliedschaft und anschließend bis zum Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gespeichert. Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch sowie das Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Die Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen). Weitere Informationen: palliativ-schaumburg.de/datenschutz

SEPA-Lastschriftmandat

für wiederkehrende Zahlungen (SEPA-Basislastschrift)

ZAHLUNGSEMPFÄNGER (GLÄUBIGER)

Hospiz- und Palliativnetzwerk Schaumburg e. V.
Probsthäger Str. 7, 31655 Stadthagen, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE45ZZZ00000963824

Mandatsreferenz: wird vom Verein vergeben und mit der Aufnahmebestätigung mitgeteilt.

MANDAT

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Hospiz- und Palliativnetzwerk Schaumburg e. V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Hospiz- und Palliativnetzwerk Schaumburg e. V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung. Mitgliedsbeitrag, jährlich zum 15. April, in Höhe des in der Beitrittserklärung angegebenen Jahresbeitrags. Fällt der 15. April auf ein Wochenende oder einen Feiertag, erfolgt der Einzug am nächsten Bankarbeitstag.

Diese Angaben gelten zugleich als Vorabinformation (Pre-Notification) über Betrag und Fälligkeit. Ändern sich Betrag oder Fälligkeitstag, informiert der Verein schriftlich mindestens 14 Kalendertage vor dem Einzug.

ZAHLUNGSPFLICHTIGER (KONTOINHABER)

Name des Kontoinhabers *

Anschrift des Kontoinhabers, falls abweichend von der Beitrittserklärung (freiwillig)

Kreditinstitut

IBAN (max. 34 Stellen) *

BIC (bei IBAN mit DE nicht erforderlich)

Ort, Datum *

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

* Pflichtangaben. Das Mandat kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich gegenüber dem Verein widerrufen werden. Der Datenschutzhinweis auf Seite 1 gilt auch für dieses Mandat.