

Mitgliedsantrag

Ich werde als Einzelperson Mitglied*

Unsere Organisation wird Mitglied*

Name

Anschrift

Geb.-Dat.

Telefon

E-Mail

Zu welchem AKHD** habe ich Bezug:

BEMERKUNGEN

Ich selbst bin/Meine Familie ist selbst betroffen

Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag zurück an folgende Adresse:

Deutscher Kinderhospizverein e.V.
In der Trift 13
57462 Olpe

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 40 ZZZ 00000330310

* Mindestbeitrag Einzelpersonen 24,-- EUR/Jahr, Organisationen 100,-- EUR/Jahr

** Ambulanter Kinder- und Jugendhospizdienst

- Ich erhöhe den Mitgliedsbeitrag freiwillig auf EUR jährlich.

SEPA-Lastschrift-Mandat

- Ich ermächtige den Deutschen Kinderhospizverein e.V., den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutschen Kinderhospizverein 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.

BANKVERBINDUNG

Bank

Konto-Inhaber

Konto-Nr.

BLZ

IBAN-Nr.

Überweisung

- Den Mitgliedsbeitrag zahle ich per Überweisung.

Der Lastschrifteinzug/ die Überweisung soll/ wird

- jährlich ½ jährlich ¼ jährlich monatlich
erfolgen.

- Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass der Deutsche Kinderhospizverein e.V. die Daten zur Verwaltung der Mitgliedschaft speichert. Eine Weiterleitung der Daten an Dritte findet ohne ausdrückliche Zustimmung des Nutzers nicht statt.
Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie auf unserer Internetseite:
www.deutscher-kinderhospizverein.de



.....
Datum · Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)