

Mitgliedserklärung

*Ich möchte Mitglied im Verein
Netzwerk Hospizarbeit Plettenberg e.V. werden.*



Name _____

Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Datum, Unterschrift: _____

Gläubiger-Identifikationsnummer: _____ DE82ZZZ00001485309

Mandatsreferenz: _____ wird separat mitgeteilt

Meinen Jahresbeitrag (ab 15,00 €) zahle ich durch Einzugsermächtigung wie unten angegeben.

Beiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar.

Die Abbuchung erfolgt im Dezember.

Da unser Verein als mildtätig (vgl. Satzung Vereinszweck § 2.1) anerkannt ist, sind Spenden an uns bis 10% des Gesamtbeitrages der steuerlichen Einkünfte abzugsfähig.

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum satzungsgemäßen Zweck der Mitgliederverwaltung und-betreuung Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den Verein Netzwerk Hospizarbeit Plettenberg e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Verein Netzwerk Hospizarbeit Plettenberg 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.

Mitgliedsbeitrag pro Jahr.....Euro

IBAN: DE _____ BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Datum, Unterschrift: _____

Bitte senden an:

**Netzwerk Hospizarbeit Plettenberg e.V.
Grafweg 9
58840 Plettenberg**