

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich beantrage hierdurch die Mitgliedschaft im Palliativstützpunkt Nienburg/W. und Umgebung e. V.:

als Einrichtung/Firma/Institution Jahresbeitrag 150,00 €

Name

Vertreten durch:

NameVorname

Straße/Hausnr.....PLZ/Ort

Tel. e-mail

als Privatperson Jahresbeitrag 30,00 €

NameVorname

Straße/Hausnr.....PLZ/Ort

Tel. e-mail

Geburtsdatum

Die Mitgliederverwaltung erfolgt durch Datenverarbeitung (EDV). Die Grundsätze des Bundesdatenschutzgesetzes werden beachtet.

► Ort, Datum und Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE08ZZZ00000192467

Mandatsreferenz: = Mitgliedsnummer (wird Ihnen nach Aufnahme im Verein separat per Post mitgeteilt)

Ich ermächtige den Palliativstützpunkt Nienburg/W. und Umgebung e. V. Vereinsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

BIC

IBAN

► Ort, Datum und Unterschrift

Palliativstützpunkt Nienburg/W.
und Umgebung e. V.
Moltkestraße 4
31582 Nienburg

*Bitte senden Sie den ausgefüllten und
zweimal unterschriebenen Antrag an die
nebenstehende Adresse. Vielen Dank!*