Vorsitzende: Dr. Petra Küpper-Weyland, Hindenburgstraße 56, 32257 Bünde
Email: info@palliativnetz-kreis-herford.de; Internet: palliativnetz-kreis-herford.de
Bankverbindung: IBAN: DE77 4949 0070 2504 5301 00, BIC: GENODEM1HFV, Volksbank Bad Oeynhausen-Herford eG

Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied im Verein PalliativNetz Kreis Herford werden.

Name, Vorname (Titel) ……
(ggf. Institution)
……

Straße, Hausnummer ……

PLZ, Wohnort ……

Telefon ……

E-Mail ……

Jahresbeitrag (fällig zum 1.7. eines jeden Jahres)

☐ Natürliche Person (25 €)

☐ Unternehmen, Verbände, Vereine, Körperschaften, Anstalten (75 €)

☐ Ich habe die Datenschutzerklärung des Vereins gelesen und stimme der Speicherung meiner Daten und ihrem Gebrauch zur Kontaktaufnahme durch den Vorstand oder von ihm beauftragte Personen zu.

Mit der vereinsinternen Veröffentlichung meiner Kontaktdaten bin ich

☐ einverstanden, ☐ nicht einverstanden.

Mit der Abbuchung meines Vereinsbeitrags von meinem Konto bin ich

☐ einverstanden, ☐ nicht einverstanden.

Datum, Unterschrift: ……...

SEPA-Lastschriftmandat
zum wiederkehrenden Einzug des Mitgliedsbeitrags

Mandatsreferenz (Mitgl.-Nr.) ……
(wird vom Verein vergeben)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger PalliativNetz Kreis Herford e.V. den Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom PalliativNetz Kreis Herford e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift 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.

Kontoinhaber: ……

Kreditinstitut: ……

IBAN: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

BIC: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Datum, Unterschrift: ……...