

## Aufnahmeantrag

Ja, ich/wir möchten Mitglied werden

Name / Vorname und evtl. Ehepartner/in \*

Straße \*

PLZ / Ort \*

Telefon

E-Mail

hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Viernheimer Hospizverein e.V.

Ort, Datum Unterschrift \*

Geburtsdatum  
Antragsteller

Geburtsdatum  
Ehepartner

## Bankeinzugsermächtigung

Die Höhe des Jahresbeitrages beträgt: € 31.- Einzelperson  
€ 50.- Ehepaare oder ein beliebig erhöhter Jahresbeitrag.

€  Hiermit ermächtige ich den Viernheimer

Hospizverein e.V. bis auf Widerruf, meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos durch Lastschrift einzuziehen

Bank

IBAN

## Ergänzende Erläuterungen zum Datenschutz

Ich bestätige durch meine Unterschrift, dass ich mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner hier abgegebenen personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes einverstanden bin. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten zu erhalten und deren Streichung zu veranlassen. Mir ist bekannt, dass diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber dem Vorstand des Viernheimer Hospizvereins e.V. schriftlich widerrufen werden kann.

Ort, Datum Unterschrift \*

\* Pflichtangaben

Stand: Februar 2019