



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Ökumenischen Hospizverein im Landkreis Miltenberg e.V.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zurzeit pro Jahr 20,-- Euro.

Ich möchte freiwillig einen erhöhten Mitgliedsbeitrag von _____ Euro bezahlen.

Die Abbuchung des Jahresbeitrages erfolgt im ersten Quartal jeden Jahres. Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke. Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich in voller Höhe absetzbar. Bis zu einer Höhe von 200 Euro genügt der Kontoauszug als Beleg.

Datenschutzbestimmungen: Ich willige ein, dass der oben genannte Verein als verantwortliche Stelle, die in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail- Adresse, Telefonnummer, Funktion im Verein und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitragseinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und genutzt werden.

Eine Datennutzung für Werbezwecke findet nicht statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) das Recht auf Auskunft über seine personenbezogenen Daten. Das Mitglied hat im Falle von fehlerhaften Daten ein Korrekturrecht. Beschwerdestelle ist das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA), Promenade 27, 91522 Ansbach.

| | | | |
|-----------|--|----------|--|
| Vorname | | Name | |
| Straße | | Haus-Nr. | |
| PLZ | | Ort | |
| Geb.Datum | | email | |
| Telefon | | Mobil | |

Ort/Datum

Unterschrift

SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikation: DE79ZZZ000003593875

Ich ermächtige den Ökumenischen Hospizverein im Landkreis Miltenberg e.V. Beitragszahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Ökumenischen Hospizverein im Landkreis Miltenberg 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.

| | |
|---------------|--|
| Name der Bank | |
| IBAN | |

Ort/Datum

Unterschrift Kontoinhaber