

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich / beantragen wir die Aufnahme in den Hospizverein Bamberg e.V.

..... Name Vorname Geburtsdatum (*)
..... Name (Ehegatte / Partner) Vorname Geburtsdatum (*)
..... Straße, Hausnummer PLZ, Ort	
..... Telefon (*) E-Mail (*)	
..... Ort, Datum Unterschrift/en	

Ich / wir stimme(n) zu, dass meine / unsere Mitgliedsdaten zum satzungsgemäßen Gebrauch auf Datenträger gespeichert und verarbeitet werden. Während der Dauer meiner aktiven ehrenamtlichen Mitgliedschaft ruht meine Beitragspflicht. Nach Ende meiner aktiven Mitarbeit lebt die Beitragspflicht wieder auf. (Hinweis: * = freiwillige Angabe)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich bin bereit, aktiv ehrenamtlich mitzuarbeiten | <input type="checkbox"/> Beitragspflicht ruht |
| <input type="checkbox"/> Ich bin bereit, den jeweiligen Mitgliedsbeitrag von derzeit | <input type="checkbox"/> 30,00 € pro Kalenderjahr |
| <input type="checkbox"/> Wir sind bereit, den jeweiligen gemeinsamen Mitgliedsbeitrag von derzeit | <input type="checkbox"/> 50,00 € pro Kalenderjahr |

- per Einzugsermächtigung abbuchen zu lassen
- auf das Konto des Hospizvereins Bamberg e.V. bei der Sparkasse Bamberg (IBAN: DE13 7705 0000 0000 0851 00, BIC: BYLADEM1SKB) zu überweisen

Um die Ziele des Vereins zu unterstützen, spende ich / spenden wir zusätzlich

- € einmalig € jährlich Spendenquittung ab 200,00 € erwünscht? Ja Nein

Spenden und Mitgliedsbeiträge sind steuerlich absetzbar. Bei Beträgen, die 200,00 € nicht übersteigen, gilt der Bareinzahlungsbeleg oder die Buchungsbestätigung eines Kreditinstituts (Kontoauszug) als Nachweis beim Finanzamt.

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende und einmalige Zahlungen (Beiträge und Spenden):

Zahlungsempfänger: Hospizverein Bamberg e.V., Lobenhofferstr. 10, 96049 Bamberg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE32ZZZ00000897516

Mandatsreferenz: (vom Hospizverein auszufüllen)

Die Mandatsreferenz ist bei jeder Abbuchung auf dem Kontoauszug ersichtlich.

Der Hospizverein Bamberg e.V. wird ermächtigt, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Hospizverein Bamberg 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.

Kontoinhaber (Name, Vorname)

Kreditinstitut, Bank:

IBAN: _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

BIC:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kontoinhaber

Nur vom Hospizverein auszufüllen:

HoMa

Mgl

Ba

Stand 06/2018