

# Antrag auf Mitgliedschaft im Hospiz- und Palliativ-Verein Gütersloh e.V.



Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

Hiermit stelle ich den Antrag auf Mitgliedschaft im Hospiz- und Palliativ-Verein Gütersloh e.V.  
Die Satzung erkenne ich an. Ich wähle den folgenden Mitgliedsbeitrag:

- von  30,- € pro Jahr
- von  50,- € pro Jahr
- von  100,- € pro Jahr
- von  \_\_\_\_ € pro Jahr

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats:

Ich ermächtige den Hospiz- und Palliativ-Verein Gütersloh e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Hospiz- und Palliativ-Verein Gütersloh 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.

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

- Ich möchte Informationen über den E-Mail-Newsletter des Hospiz- und Palliativ-Vereins Gütersloh e.V. erhalten. Eine Abmeldung ist jederzeit möglich.

Hinweise zum Datenschutz: <https://hospiz-und-palliativmedizin.de/datenschutzerklaerung/>