



Hospiz-Verein Regensburg e. V. Leben bis zuletzt

Bitte füllen Sie den Aufnahmeantrag samt der Einzugsermächtigung (SEPA-Lastschriftmandat) aus. Bitte schicken Sie uns den Antrag dann per Post oder per Telefax zu.

Herzlichen Dank!

Hospiz-Verein Regensburg e. V.
Hölkering 1
93080 Pentling

Per Telefax: 0941 992522-14

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich,

Titel	<input type="text"/>		
Name	<input type="text" value="*"/>	Vorname	<input type="text" value="*"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text" value="*"/>		
PLZ	<input type="text" value="*"/>	Ort	<input type="text" value="*"/>
Telefon (tags)	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

die Aufnahme in den Hospiz-Verein Regensburg e. V..

* = Pflichtfelder

Mein Jahresbeitrag (mind. 35,00 €) €

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten mit Beginn der Mitgliedschaft im Rahmen des Datenschutzgesetzes (DS-GVO vom 25.05.2018) elektronisch gespeichert, verarbeitet und übermittelt werden. Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE64 ZZZ0 0000 9053 79

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

Kontoinhaber	<input type="text"/>
Kreditinstitut	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>

_____, den _____
(Ort) (Datum) (Unterschrift)