



BEITRITTSERKLÄRUNG
Hospiz am Saalebogen e.V.
Rainweg 70
07318 Saalfeld

HOSPIZ AM SAALEBOGEN

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Förderverein „Hospiz am Saalebogen e.V.“.

Mitgliedsdaten:

Institution/ Firma
Vorname:
Nachname:
Straße und Hausnummer:
Postleitzahl und Wohnort:
Geburtsdatum*:
Telefon Festnetz*:
Telefon Mobil*:
E-Mail*:

* freiwillige Angaben

Durch meine Unterschrift erkläre ich meinen Beitritt zum Verein und meine Bereitschaft, die satzungsgemäßen Ziele des Vereins zu unterstützen.

Jährliche Beiträge:

Der Mitgliedsbeitrag ist jedes Jahr zum 1. Januar fällig, die Zahlung erfolgt per Lastschriftinzug im 1. Quartal des Beitragsjahres. Voraussetzung ist ein unterzeichnetes SEPA-Lastschriftmandat (siehe Anlage). Die Beitragsberechnung für das Jahr beginnt ab dem Eintrittsdatum.

Folgende Mitgliedsbeiträge wurden vom Verein beschlossen:

1. Privatpersonen/ Einzelmitglieder: 100 € (Einhundert Euro)
2. Ermäßigter Beitrag für Einzelmitglieder: 50 € (Fünfzig Euro)
3. Vereine/ Unterstützerguppen: 250 /500 € (Zweihundertfünfzig - Fünfhundert Euro)
4. Firmen/ Institutionen: 1.000 € (Eintausend Euro)

Bei den beschlossenen Mitgliedsbeiträgen handelt es sich um Mindestbeträge, welche vom Fördermitglied gerne selbständig erhöht werden können.

Hiermit erkläre ich mich bereit, einen Mitgliedsbeitrag in Höhe von Euro pro Jahr zu zahlen.

Aufgrund der Gemeinnützigkeit des Vereins kann der Jahresbeitrag vom Mitglied steuerlich als Spende geltend gemacht werden. Jedes Mitglied erhält nach Ablauf des Beitragsjahres eine Zuwendungsbestätigung.

Hinweise:

Bei minderjährigen Personen ist für den Beitritt zum Verein die Zustimmung/ Unterschrift der personensorgeberechtigten Person notwendig.

Die personenbezogenen Daten der Vereinsmitglieder werden nur im Rahmen der satzungsgemäßen Tätigkeit des Vereins entsprechend den Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung der EU (DSGVO) sowie nachgeordneter Bundesgesetze verarbeitet. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Jedes ordentliche Mitglied des Vereins ist während seiner Tätigkeit im oder für den Verein in Unfall- und Haftpflichtversichert.

Der Austritt aus dem Verein kann nur durch eine formlose schriftliche Erklärung per Brief oder E-Mail gegenüber dem Vorstand zum Jahresende erfolgen. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden alle personenbezogenen Daten nach Ablauf des Beitragsjahres gelöscht.

Für Fragen zur Mitgliedschaft und dem Jahresbeitrag stehen der Vorsitzende Matthias Lander (m.lander@hospiz-am-saalebogen.de) und Kassenwart Jörg Martin (joerg-martin@arcor.de) zur Verfügung.

Unterschrift Mitgliedsantrag: (Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Datum: _____

Unterschrift: _____

Anlagen:

- SEPA-Lastschriftmandat
- Satzung des Vereins „Hospiz am Saalebogen e.V.“

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA Basis-Lastschriftverfahren/ SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlung/ Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Hospiz am Saalebogen e.V.

Rainweg 70

07318 Saalfeld

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE05ZZZ00001732202

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich/Wir ermächtige(n) den Verein Hospiz am Saalebogen e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Verein Hospiz am Saalebogen 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/ Zahlungspflichtiger:

Vorname Name:

Straße Hausnummer:

PLZ Ort:

Kreditinstitut:

IBAN: BIC*:

*Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift

Ausfertigung für den Zahlungspflichtigen

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA Basis-Lastschriftverfahren/ SEPA Core Direct Debit Scheme

Wiederkehrende Zahlung/ Recurrent Payments

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Hospiz am Saalebogen e.V.

Rainweg 70

07318 Saalfeld

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE05ZZZ00001732202

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich/Wir ermächtige(n) den Verein Hospiz am Saalebogen e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Verein Hospiz am Saalebogen 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/ Zahlungspflichtiger:

Vorname Name:

Straße Hausnummer:

PLZ Ort:

Kreditinstitut:

IBAN: BIC*:

*Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift

Ausfertigung für den Zahlungsempfänger