



An die
Ambulante Hospizgruppe Sigmaringen e.V.
Postfach 1328
72482 Sigmaringen

Ich/Wir beantrage(n) die Mitgliedschaft in der Hospizgruppe Sigmaringen e.V.
Der Mindestmitgliedsbeitrag beträgt € 20,00 pro Person/Jahr.

Sie können ihn nach Ihren Wünschen erhöhen.

Mein/Unser Jahresbeitrag soll € _____ betragen.

Ich/Wir möchte(n) einmalig € _____ spenden.
Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar.
Bis 300,00 € gilt der Bankbeleg als Spendenbeleg.

(Name)

(Vorname(n))

(Straße, Hausnummer) _____

(Postleitzahl) _____ (Ort) _____

(Telefon) _____ (Mail) _____

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich den Mitgliedsbeitrag von meinem/ unserem Konto per Lastschrift einzuziehen.

IBAN _____

BIC _____

Geldinstitut _____

(Datum)

(Unterschrift)

Datenschutzhinweise

Die Erhebung, Speicherung, Nutzung und Löschung personenbezogener Daten der Mitglieder ist in der Datenschutzordnung der Ambulanten Hospizgruppe Sigmaringen e.V. vom 25. Mai 2018 geregelt.

(Eingestellt unter www.hospiz-sigmaringen.de)

Mit der Nutzung meiner persönlichen Daten nach dieser Datenschutzordnung bin ich einverstanden.

Ja

Nein

(Datum) _____ (Unterschrift) _____