

Der christliche Hospizverein Morbach e.V. unterstützt unseren Ambulanten Hospiz- und Palliativberatungsdienst. Wir würden uns auch über Ihre Unterstützung freuen! **Vielen Dank!**

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich/Wir

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Erkläre/n hiermit meinen/unseren Beitritt zum

## CHRISTLICHEN HOSPIZVEREIN MORBACH E.V.

Meine/Unsere Adresse:

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Mindestbeitrag derzeit: 36,00 € / jährlich

Freiwilliger Beitrag: \_\_\_\_\_ € / jährlich

Ich/Wir ermächtige(n) Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem/unserem Konto einzuziehen.

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

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

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Hinweis zum Datenschutz:** Die Datenerhebung und Datenverarbeitung ist für den Beitritt erforderlich und beruht auf §6 Abs.1 S.1 lit. c KDG. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Unsere vollständige Datenschutzerklärung können Sie auf unserer Webseite einsehen.

