An den   
Hospizverein Rinteln e. V.   
z.Hd. Schatzmeister   
Heisterbreite 7 (i.Hs.THW)  
31737 Rinteln

Unterstützen Sie uns durch Ihre Mitgliedschaft

**Beitrittserklärung Ja, ich unterstütze die Ziele des Hospizvereines, werde Mitglied und erkläre hiermit meinen Beitritt zum „Hospizverein Rinteln e.V.“  
Name: ………………………………………… Vorname:................................................. Geburtsdatum: ....................................................  
Tel.:............................................................  
Straße: ..............................................................................   
PLZ/Wohnort: .............................................**

Der Jahresbeitrag beträgt:   
a) für Einzelpersonen **€ --30,--** pro Kalenderjahr   
b) für Juristische Personen **€ --50,--** pro Kalenderjahr   
c) freiwilliger Beitrag -mehr als € 30,-- **€** .......... pro Kalenderjahr

und ist jeweils im **ersten Quartal eines jeden Jahres** zu entrichten.  
**Bei Eintritt danach im Kalenderjahr ist der Beitrag nach dem Eintrittsdatum  
für das laufende Kalenderjahr zu bezahlen.**Infopostzusendung per E-Mail: **Ja Nein** email-Adresse..........................................................

**[ ]** Ich/Wir überweise/n den Jahresbeitrag auf das **Konto Nr. IBAN: DE46 2555 1480 0517 9039 02** bei der **Sparkasse Schaumburg Hospizverein Rinteln e. V.**  **BIC: NOLADE21SHG**

**[ ]** Der Beitrag soll per SEPA-Lastschriftmandat -siehe nachstehende Ermächtigung- eingezogen werden.

Gemäß EU-Datenschutzverordnung bin ich hiermit auf die Speicherung meiner genannten Daten nur zur Verwendung für Vereinszwecke hingewiesen worden. (Mitgliederverwaltung + Kontaktmöglichkeiten + SEPA-Verfahren).  
Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht ohne meine weitere Zustimmung.

......................................... , den ..........................  
Wohnort/Datum

................................................................... (Unterschrift) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wiederkehrende Lastschrift

**Hospizverein Rinteln e.V. Heisterbreite 7, 31737 Rinteln**

Gläubiger-Identifikationsnummer : DE86ZZZ00000137325 Mandatsreferenz : --wird vom Verein zugeordnet ---..................................  
**SEP A-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Hospizverein Rinteln e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Hospizverein Rinteln 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kreditinstitut (Name)

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ ( BIC)

IBAN: DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ X

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort, Datum und Unterschrift