

# BEITRITTSERKLÄRUNG

an den  
Lingener Hospiz e.V.  
Universitätsplatz 1 | 49808 Lingen

Ich möchte werden: (bitte ankreuzen)

- aktives Mitglied  
 förderndes Mitglied

---

Name

Vorname

---

Geburtsdatum

Beruf

---

Straße

---

PLZ/Ort

Telefon

---

E-Mail

# EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich Sie bis auf Widerruf, den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ € (z. Zt. mindestens 18€) von folgendem Konto per Lastschrift abzubuchen:

Bank \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis, dass im Rahmen meiner Vereinsmitgliedschaft personenbezogene Daten unter Beachtung der Datenschutzgesetze gespeichert werden.

---

Datum

Unterschrift