

Eintrittserklärung

Ja, ich möchte Mitglied im Krankenpflegeverein Hermannsburg e.V. werden.

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Email-Adresse: _____

**Krankenpflegeverein
Hermannsburg e.V.**

Sägenförth 24-28
29320 Hermannsburg

**Ambulante Pflege, Demenzbetreuung
Palliativpflege**
Pflegedienstleitung Christa Wassmann
T 05052 94059

Verwaltung Pflege, Seniorenwohnen
T 05052 94056
F 05052 94057

info@krankenpflegeverein-hermannsburg.de
www.krankenpflegeverein-hermannsburg.de

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung an und erkläre mich bereit, einen jährlichen Beitrag von € _____ (Mindestjahresbeitrag 10,00 €) zu zahlen. Ich stimme zu, dass die Angaben zu meiner Person in die Datenbank des Vereins aufgenommen werden.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Grundlage des DSGVO – EKD-Datenschutzgesetz. Weitere Informationen entnehmen Sie der Satzung und Datenschutzerklärung auf unserer Website www.krankenpflegeverein-hermannsburg.de.

Ort/Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE73ZZZ00000202161

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Krankenpflegeverein Hermannsburg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Krankenpflegeverein Hermannsburg 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung, jährlich

Name, Vorname (Kontoinhaber)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

BIC (8 oder 11 Stellen)

Kontonummer/Bankleitzahl

____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
IBAN

Ort/Datum

Unterschrift