



Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

## Beitrittserklärung

### ***Ja, ich werde Mitglied und unterstütze den Palliativverein Bezirk Lilienfeld mit meinem Förderbeitrag***

€ 12,--

€ 20,--

€ .....

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

PLZ + Wohnort \_\_\_\_\_

Straße + Hausnr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten vom Palliativverein zwecks Rationalisierung der Beitragsverrechnung automationsunterstützt verarbeitet werden. Eine Übermittlung dieser Daten ist nur zulässig zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten, für den Geld-u. Zahlungsverkehr sowie nach meiner besonderen Zustimmung, im Einzelfall an genau zu bezeichnende sonstige Empfänger.

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

## Einzugsermächtigung

O Hiermit ermächtige ich den Palliativverein Lilienfeld widerruflich, die von mir zu entrichtenden Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos mittels Lastschrift einzuziehen.

O Damit ist auch meine kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist.

O Ich habe das Recht, innerhalb von 56 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung durch meine Bank durchführen zu lassen.

O Ich kann meine Einzugsermächtigung jederzeit widerrufen. Ein Anruf genügt: Tel.: 02764/8433

Meine Kto. Nr.: \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Meine Bank: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Konto-  
zeichnungsberechtigten: \_\_\_\_\_