

## BEITRITTSERKLÄRUNG

***Mit Ihrem Beitrag schenken Sie Unterstützung, Nähe und Menschlichkeit***

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur **Hospizbewegung Hilden e.V.**

Ich erteile dem Verein die Vollmacht, meinen Jahresbeitrag in unten genannter Höhe bis auf Widerruf zu Lasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Die Nutzung und Speicherung meiner Daten erfolgt ausschließlich für den Vereinszweck und gemäß der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO).

**Name** \_\_\_\_\_ **Vorname** \_\_\_\_\_

**Straße** \_\_\_\_\_ **Telefon** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**Euro** \_\_\_\_\_ (der Jahres(*mindest*)-Beitrag beträgt 25 €) **in Worten** \_\_\_\_\_

**IBAN** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**