

## Antrag auf Mitgliedschaft

**Ich beantrage hierdurch die Mitgliedschaft im Palliativstützpunkt Nienburg/W. und Umgebung e. V.:**

**als Einrichtung/Firma/Institution**                      **Jahresbeitrag 150,00 €**

Name ..... Vertreten durch:  
Name ..... Vorname .....  
Straße/Hausnr. .... PLZ/Ort .....  
Tel. .... e-mail .....

**als Privatperson**                                      **Jahresbeitrag 30,00 €**

Name ..... Vorname .....  
Straße/Hausnr. .... PLZ/Ort .....  
Tel. .... e-mail ..... Geburtsdatum .....

**Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Palliativstützpunkt Nienburg/W. und Umgebung e. V. die für meine Vereinsmitgliedschaft erforderlichen Daten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen erhebt und für die internen Zwecke des Vereins speichert, verarbeitet und nutzt.**

**Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.**

**▶▶ Ort, Datum und Unterschrift** .....

**SEPA-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE08ZZZ00000192467  
Mandatsreferenz: = Mitgliedsnummer (wird Ihnen nach Aufnahme im Verein separat per Post mitgeteilt)

Ich ermächtige den Palliativstützpunkt Nienburg/W. und Umgebung e. V. Vereinsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

Vorname und Name (Kontoinhaber) .....  
Straße und Hausnummer .....  
Postleitzahl und Ort .....  
BIC .....  
IBAN .....

**▶▶ Ort, Datum und Unterschrift** .....

Palliativstützpunkt Nienburg/W.  
und Umgebung e. V.  
Moltkestraße 4  
31582 Nienburg

*Bitte senden Sie den ausgefüllten und  
zweimal unterschriebenen Antrag an die  
nebenstehende Adresse. Vielen Dank!*