

Ambulanter Hospizdienst  
Wilhelmshaven-Friesland e. V.  
Parkstraße 19

26382 Wilhelmshaven

Für die Einzugsermächtigung:

Gläubiger-Identifikationsnummer  
DE42ZZZ00000160815

Mandatsreferenz  
(wird vom Verein ausgefüllt)

---

### Aufnahmeantrag

Ich möchte dem Ambulanten Hospizdienst Wilhelmshaven-Friesland e. V. als Mitglied beitreten. Mit den Zielen des Vereins erkläre ich mich einverstanden.  
Der Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 36 EUR jährlich. Der Mitgliedsbeitrag kann als Spende steuerlich geltend gemacht werden.

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

Ich möchte mich auch aktiv im Verein für die Verwirklichung der Vereinsziele einsetzen

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

### Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Ambulanten Hospizdienst Wilhelmshaven-Friesland e. V. folgenden Betrag widerruflich von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

Bank \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

jährlicher Betrag \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

Wir nehmen den Schutz Ihrer Daten sehr ernst. Personenbezogene Daten werden nur erhoben und gespeichert, soweit es für die Mitgliederverwaltung erforderlich ist. Ihre Daten werden niemals verkauft oder aus sonstigen Gründen an Dritte weitergegeben.