

## **ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM PALLIATIVNETZ BOCHUM E.V.**

Palliativnetz Bochum e.V. | Dr.-C.-Otto-Straße 27 | 44879 Bochum

Hiermit erkläre/n ich/wir meinen/unseren Beitritt zum Palliativnetz Bochum e.V.

Mit meiner/unserer Unterschrift willige/n ich/wir in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner/unserer hier angegebenen personenbezogenen Daten für Vereinszwecke ein.

Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber dem Palliativnetz Bochum e.V. widerrufen werden.

**Lesen Sie bitte auch unsere Informationen zum Datenschutz unter [www.palliativnetz-bochum.de](http://www.palliativnetz-bochum.de).**

Privatpersonen: Name/n – bei Organisationen: Name der Organisation, Ansprechpartner/in

Geburtsdatum

Beruf/Branche

Telefon

E-Mail

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Ich/Wir beantrage/n die Förder-Mitgliedschaft im Palliativnetz Bochum e.V.

Ich/Wir beantrage/n die Aktiv-Mitgliedschaft.

Ich/Wir zahle/n den jährlichen Mindestbeitrag von 25,- Euro für Einzelpersonen

200,- Euro für Organisationen/juristische Personen

Ich/Wir zahle/n jährlich einen höheren Beitrag als den angegebenen Mindestbeitrag,

und zwar Euro.

Ich/Wir benötige/n für die Steuererklärung eine Bestätigung über den Beitrag.

Ich/Wir möchte/n den Newsletter erhalten.

(Von diesem Dienst können Sie sich jederzeit mit einer kurzen E-Mail an [newsletter@palliativnetz-bochum.de](mailto:newsletter@palliativnetz-bochum.de) wieder abmelden.)

Datum

Unterschrift/en

Ihren jährlichen Mitgliedsbeitrag oder den angegebenen Mindestbeitrag überweisen Sie bitte jeweils im Monat Ihres Beitritts auf das unten aufgeführte Konto des Palliativnetzes Bochum e.V. Auf dieses Konto können Sie auch Förderspenden einzahlen. Online-Spenden unter [www.palliativnetz-bochum.de](http://www.palliativnetz-bochum.de) sind ebenfalls möglich.

**National-Bank AG Essen | IBAN: DE71 3602 0030 0006 4266 62 | BIC: NBAGDE3E**

Erleichtern Sie sich und uns die Beitragszahlung, indem Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Das Formular dazu finden Sie auf der folgenden Seite. Vielen Dank!

## ERTEILUNG EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

Palliativnetz Bochum e.V. | Dr.-C.-Otto-Straße 27 | 44879 Bochum

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Palliativnetz Bochum e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Palliativnetz Bochum e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE61ZZZ00000828221**

---

Mandatsreferenz (*wird vom Palliativnetz ausgefüllt*)

Vorname, Name (Kontoinhaber/in)

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Kreditinstitut

BIC

**DE**  
IBAN

Datum

Unterschrift

---