|  |  |
| --- | --- |
| Hiermit erkläre ich ab **Bitte wählen Sie ein Beitrittsdatum.** meine Mitgliedschaft im **Verein zur Förderung der ambulanten Kranken- und Altenpflege in den Passauer evangelischen Kirchengemeinden e.V.**  Nikolastraße 12 d  94032 Passau  Tel.: 0851 5606 0 Fax: 0851 5606 160  E-Mail: geschaeftsstelle@diakonie-passau.de  Internet: www.diakonie-passau.de  Eingetragen im Vereinsregister des Amtsgerichtes Passau unter Nr.: 983 | |
|  | |
| Mitgliedsbeitrag  (Bitte gewünschten Betrag eintragen.) | Die von ihm getragenen Dienste möchte ich mit einem Mitgliedsbeitrag in Höhe von Mindestbeitrag: 12,00 € jährlich fördern. |
| Zahlweise  (Zutreffendes bitte  ankreuzen.) | Der Betrag wird von mir persönlich eingezahlt bzw. überwiesen auf folgendes Konto:  BIC: BYLADEM1PAS (Sparkasse Passau)  IBAN: DE07 7405 0000 0000 0111 89  Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag Ambulante  Der Betrag kann von meinem Girokonto abgebucht werden. Dazu erteile ich eine separate SEPA-Lastschrifteinzugsvollmacht. |
| Einverständnis-erklärung und Datenschutz | Ich bin damit einverstanden, dass dieses Dokument in die Mitgliedskartei des o.a. Vereins übernommen wird, zur Erfüllung seiner Verwaltungsaufgaben und Informations-pflichten mir gegenüber.  Meine hier aufgeführten Daten dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden. |
| Persönliche Daten  (Bitte ausfüllen.) | Vorname(n): Bitte geben Sie hier Ihre(n) Vornamen ein.  Name(n): Bitte geben Sie hier Ihre(n) Nachnamen ein.  Geburtsdatum: Bitte wählen Sie ihr Geburtsdatum aus.  Telefon: Bitte geben Sie hier Ihre Telefonnummer ein.  E-Mail: Bitte geben Sie hier Ihre E-Mail-Adresse ein.  Anschrift: Straße, Hausnummer PLZ, Ort |
| Ort, Datum | Unterschrift: |



BEITRITTSERKLÄRUNG