|  |
| --- |
| 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 d94032 PassauTel.: 0851 5606 0 Fax: 0851 5606 160E-Mail: geschaeftsstelle@diakonie-passau.deInternet: www.diakonie-passau.deEingetragen 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 bitteankreuzen.) | [ ]  Der Betrag wird von mir persönlich eingezahlt bzw. überwiesen auf folgendes Konto:BIC: BYLADEM1PAS (Sparkasse Passau)IBAN: DE07 7405 0000 0000 0111 89Verwendungszweck: 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, HausnummerPLZ, Ort |
| Ort, Datum | Unterschrift: |



BEITRITTSERKLÄRUNG