

Hiermit erkläre ich ab _____ 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 _____ € jährlich fördern.
(Mindestbeitrag: 12,- €)

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.

Einverständniserklärung und Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass dieses Dokument in die Mitgliedskartei des o.a. Vereins übernommen wird, zur Erfüllung seiner Verwaltungsaufgaben und Informationspflichten mir gegenüber. Meine hier aufgeführten Daten dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden.

Persönliche Daten
(Bitte ausfüllen.)

Vorname(n): _____

Name(n): _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum, Unterschrift:
