



Verein für ambulante Krankenpflege Holzen und Umgebung e.V.

## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich

\_\_\_\_\_  
Familienname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
PLZ Wohnort

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

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

die Aufnahme in den Verein für ambulante Krankenpflege Holzen und Umgebung e. V. ab dem \_\_\_\_\_

- Jahresbeitrag: **10,00 €**

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein für ambulante Krankenpflege für Holzen und Umgebung e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE69ZZZ00000734417) den Mitgliedbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein für ambulante Krankenpflege für Holzen und Umgebung e. V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber/-in) sowie Adresse (falls abweichend von oben)

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

\_\_\_\_\_  
BIC

IBAN DE . . / . . . . / . . . . / . . . . / . . . . / . .

### Erklärung zum Datenschutz:

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht.

\_\_\_\_\_  
Ort,

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte zurück an die/den jeweilige/n Ortskassierer/-in bzw. an  
Alois Hammerl jun., Bergstr. 4, 86695 Allmannshofen, Tel. 08273/8332