

## Aufnahmeantrag

Hiermit trete ich der Hospizgruppe Buxtehude e.V. bei als

<input type="checkbox"/>	Aktives Mitglied	<input type="checkbox"/>	Förderndes Mitglied
--------------------------	------------------	--------------------------	---------------------

Name	Vorname
Strasse	
PLZ/Ort	
Geburtsdatum	
Telefon	
Email	

Der Jahresbeitrag beträgt zurzeit € 31,- und ist bei Eintritt und danach jeweils im ersten Quartal des Kalenderjahres zu entrichten. Jede darüber hinaus gehende freiwillige Spende hilft unserem Verein!

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen meiner Vereinsmitgliedschaft gespeichert werden. Die Verwendung der Daten erfolgt ausschließlich im Rahmen der Vorschriften des Datenschutzgesetzes.

Datum:	Unterschrift
Betrag	<input type="checkbox"/> Ich benötige eine Spendenbescheinigung

.....

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die Hospizgruppe Buxtehude e. V. widerruflich, meinen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit von dem nachfolgenden Konto durch Lastschrift einzuziehen:

Konto-Nr.	BLZ
Name der Bank	
Name des Kontoinhabers	
Datum	Unterschrift des Kontoinhabers

Hospizgruppe Buxtehude e. V. Stavenort 1, 21614 Buxtehude  
Telefon: 04161- 597767 - Fax: 04161-597768  
Montag – Freitag 10.00 – 13.00  
Sparkasse Harburg-Buxthude - BLZ 20750000 - Konto 52942588