



## Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als ordentliches Mitglied in den Förderverein Palliativmedizin Ludwigsburg e.V.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

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

Geb. Datum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

Der Austritt kann nur zum Ende des Kalenderjahres erfolgen und ist dem Vorstand schriftlich bis **30.09.** mitzuteilen.

Mein persönlicher Mitgliedsbeitrag (min. 30€/jährlich) \_\_\_\_\_ €/jährlich.

**Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch den Verein zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden:**

Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Bankdaten. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ort/Datum/Unterschrift des Beitretenden, ggf. Unterschrift gesetzlicher Vertreter

-----

## Sepa-Lastschriftmandat / Gläubiger-ID Nr. DE74LBG00002019632

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (siehe oben) meinen persönlichen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Kontoinhaber

Bitte für jedes Familienmitglied einen eigenen Aufnahmeantrag mit SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen.

Der Auftrag kann auch per E-Mail an [lb.foerderverein-palliativmedizin@rkh-kliniken.de](mailto:lb.foerderverein-palliativmedizin@rkh-kliniken.de) geschickt werden.

**ADRESSE**

Förderverein Palliativmedizin Ludwigsburg e.V.  
am Klinikum Ludwigsburg  
Posillipostraße 4  
71640 Ludwigsburg

Telefon 07141-99-60043  
Telefax 07141-99-7260043  
lb.foerderverein-palliativmedizin@rkh-kliniken.de

[www.fv-palliativ-lb.de](http://www.fv-palliativ-lb.de)  
[www.rkh-kliniken.de](http://www.rkh-kliniken.de)

**VEREINSREGISTER**

Amtsgericht Stuttgart  
Registernummer: VR 722960  
Vorstandsvorsitzender: Edwin Beckert

**INSTITUTIONSKENNZEICHEN**

USt-Id-Nr. 71491 / 24832

**BANKVERBINDUNG**

Kreissparkasse Ludwigsburg  
IBAN DE50 6045 0050 0030 0409 20  
BIC SOLADES1LBG



**Förderverein Palliativmedizin Ludwigsburg e.V.  
am Klinikum Ludwigsburg  
Posilipostraße 4  
71640 Ludwigsburg**

Drucken Sie diese Seite mit um den Antrag per Post an uns zurück zu senden.  
Vielen Dank!