



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-gesundheit.de geschickt werden.



**Förderverein Palliativmedizin Ludwigsburg e.V.
am Klinikum Ludwigsburg
z. Hd. Cornelia Haschke
Posilipostraße 4
71640 Ludwigsburg**

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