



## 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 [kassenwart.lb-foerdereverein-palliativ@gmx.de](mailto:kassenwart.lb-foerdereverein-palliativ@gmx.de)

geschickt werden.



**Förderverein Palliativmedizin Ludwigsburg e.V. am  
Klinikum Ludwigsburg  
z. Hd. Juliane Behn  
Posilipostraße 4  
71640 Ludwigsburg**

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