

# Förderverein Hospiz Wagrien-Fehmarn e.V.

## Beitrittserklärung



Wir freuen uns, dass Sie sich dazu entschieden haben, dem **Förderverein Hospiz Wagrien-Fehmarn e.V.** beizutreten.

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in den Förderverein **Hospiz Wagrien-Fehmarn e.V.** mit Wirkung vom .....  
hilfsweise zum nächstmöglichen Termin.

### 1. Pflichtangaben

Geschlecht  männlich  weiblich  andere

Name / Vorname.....

Straße / Nr. ....

PLZ ..... Ort .....

Geburtsdatum .....

E-Mail: .....

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an.

Das nachfolgend abgedruckte „Merkblatt Datenschutz“ (Informationspflichten nach Artikel 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung) habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Der Mitgliedsbeitrag ist im Jahr des Beitritts und anschließend jeweils zum 01.März eines jeden Jahres fällig.

### Jahresbeiträge

**Regelbeitrag ab 30 €      Reduzierter Beitrag ab 15 €      Gewerbe / juristische Person ab 250 €**

**Kommunen bis 5000 Einwohner ab 300 €      Kommunen ab 5000 Einwohner ab 500 €**

**Ich/wir leiste/n jährlich einen Beitrag von.....€**

Mit dieser Erklärung trete ich dem **Förderverein Hospiz Wagrien-Fehmarn e.V.** bei. Durch den Beitritt entstehen gegenüber dem **Förderverein Hospiz Wagrien-Fehmarn e.V.** keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche. Die Mitgliedschaft kann jederzeit ohne Fristeinhaltung gekündigt werden. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich. Der Vorstand vom **Förderverein Hospiz Wagrien-Fehmarn e.V.** behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen.

.....

( Ort, Datum, Unterschrift )

## 2. Freiwillige Angaben

Telefon / Mobil: .....

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir angegebene(n) Telefonnummer(n) zur Durchführung des Mitgliedschaftsverhältnisses durch den Vereinsvorstand genutzt und hierfür auch an andere Vereinsmitglieder (z. B. Zur Bildung von Fahrgemeinschaften) weitergegeben werden darf.

Ich bin damit einverstanden, dass meine o. g. E-Mail-Adresse (Pflichtangabe) ebenfalls zu Vereinszwecken an andere Vereinsmitglieder (z. B. Zur Bildung von Fahrgemeinschaften) weitergegeben werden darf.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung in die Datenverarbeitung der E-Mail-Adresse sowie in die Weitergabe der Telefonnummer(n) an andere Vereinsmitglieder jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....  
( Datum, Unterschrift )

## 3. Einwilligung in die Veröffentlichung von Personenbildnissen

- Ich erteile meine ausdrückliche Einwilligung, dass einzelne Foto- und Videoaufnahmen von meiner Person angefertigt und auf der Webseite des Vereins sowie in regionalen Presseerzeugnissen veröffentlicht werden dürfen.
- Ich bin auch darauf hingewiesen worden, dass auch ohne meine ausdrückliche Einwilligung Foto- und Videoaufnahmen von meiner Person im Rahmen der Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen des Vereins gefertigt und im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit veröffentlicht werden dürfen.
- Mir ist bewusst, dass die Fotos und Videos von meiner Person bei der Veröffentlichung im Internet oder in sozialen Netzwerken weltweit abrufbar sind. Eine Weiterverwendung und / oder Veränderung durch Dritte kann hierbei nicht ausgeschlossen werden.
- **Soweit die Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt sie zeitlich unbeschränkt. Die Einwilligung kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.** Der Widerruf der Einwilligung muss in Textform (Brief oder E-Mail) gegenüber dem Vorstand erfolgen. Eine vollständige Löschung der veröffentlichten Fotos und Videoaufzeichnungen im Internet kann durch den Verein nicht sichergestellt werden, da z.B. andere Internetseiten die Fotos kopiert oder verändert haben könnten. Der Verein kann nicht haftbar gemacht werden für Art und Nutzung durch Dritte wie z.B. für das Herunterladen von Fotos und Videos und deren anschließende Nutzung und Veränderung.

.....  
( Datum / Unterschrift )

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates

### Name/Anschrift des Zahlungsempfängers:

**Förderverein Hospiz Wagrien-Fehmarn e.V. mit Sitz in Oldenburg in Holstein**

**Gläubiger-Identifikationsnummer ....DE79ZZZ00002267862.....**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) aus meinem / unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsweise (zutreffendes bitte ankreuzen):

**Lastschrifteinzug** ( Wiederkehrende Zahlung)

**Einmalige Zahlung**

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber).....**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

**Straße und Hausnummer.....**

**Postleitzahl ..... Wohnort .....**

**Kreditinstitut .....**

**IBAN ( max. 35 Stellen ) : .....**

**BIC ( 8 oder 11 Stellen ) : .....**

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht ausweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Bei Rückbuchung durch nicht erforderliche Deckung des Kontos entstehende Gebühren sind vom Kontoinhaber zu tragen.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Bitte senden an:

Förderverein Hospiz Wagrien-Fehmarn e.V.

z.Hd. Herrn Jürgen Haß ( Kassenwart )

Konzerberg 26

23749 Grube