



hospizverein coburg

Ich möchte **Mitglied** werden zum Jahresbeitrag von _____ (mind. € 25,00)

Name:

Straße:

PLZ. / Ort:

Telefon:

E-Mail Adresse:

Geldinstitut:

BIC:

IBAN:

Ort/Datum:

Unterschrift:

Ich erteile hiermit widerruflich Einzugsermächtigung und SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Hospizverein Coburg e.V. als Zahlungsempfänger widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mitgliedsnummer ist gleichzeitig die Mandatsreferenz.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mitgliedsnummer (Mandatsreferenz) _____ (wird vom Verein ergänzt)

Hospizverein Coburg e.V., Kasernenstr. 19c, 96450 Coburg, Tel.: 09561/790533

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE81ZZZ00000132274

Sparkasse Coburg-Lichtenfels, BIC: BYLADEM1COB, IBAN: DE86 7835 0000 0000 7616 19 oder

VR-Bank Coburg eG, BIC: GENODEF1COS, IBAN: DE89 7836 0000 0003 9162 43

Datenschutz:

Der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns sehr wichtig. Deswegen werden wir durch einen externen Datenschutzbeauftragten betreut. Mit der Abgabe dieser Anmeldung verarbeiten wir die oben genannten Daten inkl. Ihrer Kontonummer zum Zweck der Verwaltung Ihrer Anmeldung. Eine Weiterleitung dieser Daten findet nicht statt. Sie erhalten nach der Anmeldung eine gesonderte ausführliche Datenschutzerklärung.