

## An den Hospizverein Region Böblingen-Sindelfingen e.V.

Harbigstr. 45/1 , 71032 Böblingen

### Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich

- Einzelmitgliedschaft (Jahresbeitrag 60 €)  
 Mitglied als Kommune/Institution (Jahresbeitrag 120 €)

Name\*: \_\_\_\_\_ Vorname\*: \_\_\_\_\_  
Straße\*: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort\*: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Volljährig\*:  Ja  Nein **\* Pflichtfelder**

Über den Jahresbeitrag hinaus möchte ich

- jährlich **zusätzlich** ..... € als freiwilligen Mitgliedsbeitrag abbuchen lassen.  
 einmalig zusätzlich ..... € spenden.

Durch meine Unterschrift stimme ich der Verarbeitung obiger Daten (gemäß Art. 6 Abs. 1 DSGVO) zur Verwaltung und Abrechnung meiner Mitgliedschaft zu und erkenne die Satzung des Vereins vom 31.01.2018 an. [Adresse: <https://hospizvereinbb.de/verein/downloads/>].

---

Ort, Datum\*

Unterschrift des Mitglieds\* (der/des gesetzl. Vertreter/s)

#### Widerrufsklausel:

Innerhalb von 14 Tagen können Sie gemäß § 355 BGB Ihre Beitrittserklärung ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Dazu reicht eine formlose Nachricht an obige Adresse oder eine Mail an [ein.hospiz.fuer.uns@gmail.com](mailto:ein.hospiz.fuer.uns@gmail.com).

#### Kündigungsbestimmungen:

Diesen Vertrag können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich kündigen. Dazu reicht eine formlose Nachricht an obige Adresse oder eine Mail an [ein.hospiz.fuer.uns@gmail.com](mailto:ein.hospiz.fuer.uns@gmail.com). Die Mitgliedschaft endet dann zum Ende des Beitragsjahres am 30.April. Bereits gezahlte Beiträge werden nicht zurückerstattet.

Ohne Kündigung verlängert sich die Mitgliedschaft automatisch um ein Jahr.

#### Datenschutzhinweis:

Die vorliegenden Daten werden ausschließlich im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung Ihrer Mitgliedschaft vom Hospizverein Region Böblingen-Sindelfingen erfasst bzw. verarbeitet. Die ausführliche Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Webseite <https://hospizvereinbb.de/datenschutzerklaerung/>

**Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats**

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE76ZZZ00002096711

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (Mitgliedsnummer, wird von uns vergeben und separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Hospizverein Region Böblingen-Sindelfingen. e.V., Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Mitgliedsbeitrag wird zu Beginn der Mitgliedschaft und bis zum 30.4. jedes darauffolgenden Jahres fällig.

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

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum\*

Unterschrift Kontoinhaber\*

\* Aus rechtlichen Gründen bitte unbedingt nochmals ausfüllen