

AUFAHMEANTRAG

Seite 1 von 2



FÖRDERVEREIN FÜR
PALLIATIVMEDIZINISCHE
VERSORGUNG IN LIPPE e.V.

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ / Wohnort:

Telefon:

E-Mail:

Beruf / Tätigkeit:

die Aufnahme in den Verein Förderverein für palliativmedizinische Versorgung in Lippe e.V.

ab dem:

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 25,00€ im Jahr.

Bitte überweisen Sie diesen auf folgendes Konto bei der Sparkasse Paderborn-Detmold

IBAN: DE40 4765 0130 0046 2967 45

SWIFT / BIC: WELADE3LXXX

Falls eine Abbuchung Ihrerseits gewünscht ist füllen Sie bitte das SEPA-Lastschriftmandat aus.
Bitte lesen Sie auch die beiliegende Erklärung zur EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).

Ort, Datum:

Unterschrift:

Förderverein für palliativmedizinische Versorgung in Lippe e.V.

Gildestraße 1, 32760 Detmold

Tel.: 05231 458 250 • Fax: 05231 458 2523 • info@palliativmedizin-lippe.de

Vorsitzender: Dr. Thomas Schierbaum • stellvertr. Vorsitzende: Johannes Niemand, Anja Schulz

Amtsgericht Lemgo VR 1318 • Steuer-Nr. 313/5901/2557





SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17 ZZ00000629581

Mandatsreferenz: Diese teilen wir Ihnen nach Zusendung des SEPA-Lastschriftmandates zu und informieren Sie dazu schriftlich.

- Ich ermächtige den Förderverein für palliativmedizinische Versorgung in Lippe e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinem Kreditinstitut an, die vom Förderverein für palliativmedizinische Versorgung in Lippe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Konto-Inhaber:

Kreditinstitut:

IBAN: DE _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____

BIC:

Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Förderverein für palliativmedizinische Versorgung in Lippe e.V.

Gildestraße 1, 32760 Detmold

Tel.: 05231 458 250 • Fax: 05231 458 2523 • info@palliativmedizin-lippe.de

Vorsitzender: Dr. Thomas Schierbaum • stellvertr. Vorsitzende: Johannes Niemand, Anja Schulz

Amtsgericht Lemgo VR 1318 • Steuer-Nr. 313/5901/2557

