

## Einwilligung in die Datenverarbeitung

Uns ist es sehr wichtig Sie wissen zu lassen, dass wir Ihre persönlichen Daten sorgsam und vertraulich behandeln.

Darum listen wir in dieser Einwilligung zur Datenverarbeitung genau auf, wie wir mit Ihren persönlichen Daten umgehen.

Hiermit willige ich, \_\_\_\_\_

als Vereinsmitglied darin ein, dass der Hospiz-Verein Gladbeck e.V. im Rahmen der ehrenamtlichen Zusammenarbeit oder meiner Mitgliedschaft meine personenbezogenen Daten verarbeitet.

Das Erheben, Speichern, Übermitteln und Nutzen der Daten ist nur insoweit gestattet, als dies für die ehrenamtliche Tätigkeit oder die Vereinsmitgliedschaft erforderlich ist, beispielsweise um über Veranstaltungen und einschlägige Informationen über die Arbeit der Dachverbände zu informieren.

Die Daten dürfen in Datenverarbeitungssysteme der zuvor genannten Verbände eingegeben werden.

Auch in die Nutzung der Daten zum Zwecke der Abrechnung von öffentlichen Förderungen und Erhebungen des Beitrags willige ich ein.

Die Verwendung der Daten zu statistischen Zwecken ist nur erlaubt, wenn ein Bezug zu meiner Person ausgeschlossen ist (Anonymisierung).

Meine Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. In diesem Fall werden die Daten nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist gelöscht.

Ort, Datum

Vereinsmitglied

# Aufnahmeantrag

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft im

**Hospiz-Verein Gladbeck e.V., Horster Str. 8, 45964 Gladbeck**

---

**Name**

**Vorname**

---

**Geb.-Datum**

**Konfession**

---

**Straße**

**PLZ/Wohnort**

---

**Email**

**Telefon**

---

**Ort**

**Datum**

**Unterschrift**

## Erteilung eines SEPA-Lastschrift-Mandats

für den Hospiz-Verein Gladbeck e.V., Horster Str. 8, 45964 Gladbeck

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE95HVG00001276525

Hiermit ermächtige ich den Hospiz-Verein Gladbeck e.V., die jährliche Beitragszahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hospiz-Verein Gladbeck e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

(Innerhalb von 8 Wochen ab Belastungsdatum kann mir die Erstattung des Betrages verlangt werden. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.)

---

Name/Vorname Kontoinhaber/-in

Name/ Vorname Mitglied

---

Straße

PLZ/Ort

DE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

IBAN

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

BIC

Geldinstitut

---

Ort/Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Hinweis: Der Einzug Ihres Mitgliedsbeitrages in Höhe von 30 € pro Person wird in diesem Jahr wie auch in den Folgejahren einmal jährlich in der zweiten Dezemberhälfte des entsprechenden Jahres erfolgen.

