Mitgliedsantrag

Stand: 03/2024

in Verbindung mit der jeweils gültigen Satzung

Ambulanter Hospiz-und Palliativberatungsdienst

Hospizbewegung Gera e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in die Hospizbewegung Gera e.V.

Bitte deutlich in Druckbuchstaben schreiben! Bei Mitgliedschaft für Ehepaare ist von jedem/r Partner/in eine Mitgliedserklärung auszufüllen!

Bitte ausfüllen, wenn es sich um eine **natürliche Person** handelt.		Mitglieds Nr.: (wird durch die Hospizbewegung ausgefüllt)
Name, Vorname:	Nachname:	Vorname:
Geburtsdatum, Familienstand:	Geburtsdatum:	Familienstand ☐ verheiratet ☐ _____ ☐ ledig
Anschrift:	Straße, Hausnummer:	Ort:
Telefon, E-Mail:	Telefon:	E-Mail:
Beruf:		

Bitte ausfüllen wenn es sich um eine **juristische Person** handelt z.B. Unternehmen, Kommune oder Vereine		
Bezeichnung		
Anschrift, Sitz der juristischen Person	Straße, Hausnummer	Ort
Telefon, E-Mail:	Telefon	E-Mail
Ansprechpartner*in:	Nachname:	Vorname:

☐ **ordentliches Mitglied**	☐ **Fördermitglied**
Bitte nur ein Feld ankreuzen! **Jahresbeitrag** an die Hospizbewegung Gera e.V. **Der Mitgliedsbeitrag ist bis zum 31.03. auf das unten aufgeführte Konto zu entrichten.**	
☐ **Jahres-Beitrag** (24,00 € im Jahr für natürliche Personen)	☐ **Sympathie-Beitrag** (30,00 € im Jahr)
☐ **Jahres-Beitrag** (60,00 € im Jahr für juristische Personen)	☐ **Förderplus-Beitrag** (100,00 € im Jahr)
☐ **Sozial-Beitrag** (18,00 € im Jahr Rentner*in, Studenten sowie Schwerbeschädigte Personen)	☐ **Freie-Wahl-Beitrag: _____€** (Betrag mehr als 100€ , frei wählbar, im Jahr)

Datenschutzbestimmungen: Ich willige ein, dass die Hospizbewegung Gera e.V., als verantwortliche Stelle in der Beitrittserklärung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, Beruf, Familienstand und Bankverbindung zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, des Beitrageinzuges und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verarbeitet und nutzt. Die Übermittlung von Daten findet nur im Rahmen der in der Satzung festgelegten Zwecke statt. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden personenbezogene Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen. Jedes Mitglied hat im Rahmen der Vorgaben des BDSG und der DSGVO das Recht auf Auskunft über personenbezogenen Daten, die zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeichert sind. Außerdem hat das Mitglied ´, im Falle von fehlerhaften Daten, ein Korrekturrecht.

X _____

Ort, Datum, Unterschrift

Hospizbewegung Gera e.V.
Christian-Schmidt Straße 15
07545 Gera

0365-712 86 540
0151-705 30882
www.hospiz-gera
info@hospiz-gera.de

Volksbank Gera-Rudolstadt
DE 11 8309 4454 0361 2076 02
BIC: GENODEF1RUJ

Vorstandsvorsitzende
Petra Miller
Koordinator
Tony Tinney