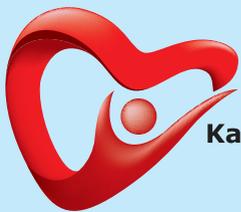




Caritas-Hospiz  
Katharinenhaus  
Berlin-Reinickendorf

# ICH WERDE MITGLIED IM FÖRDERVEREIN

**Hospiz- und Palliativhilfe Katharinenhaus  
Reinickendorf e.V.**



Förderverein  
**Hospiz- und Palliativhilfe  
Katharinenhaus Reinickendorf e.V.**

c/o: Caritas-Hospiz Katharinenhaus Berlin-Reinickendorf  
Kurhausstraße 30 | 13467 Berlin

E-Mail: [info@foerderverein-hospiz-reinickendorf.berlin](mailto:info@foerderverein-hospiz-reinickendorf.berlin)

# Beitrittserklärung

Hiermit trete ich dem Förderverein

**Hospiz- und Palliativhilfe Katharinenhaus Reinickendorf e.V. bei.**

**Die Mitgliedschaft beginnt am 1. Januar des Jahres im welchem sie beantragt wird.**

- Als Privatperson** Jahresbeitrag mindestens **30,00 Euro**  
/ oder mehr  Euro
- Als juristische Person / als Personengesellschaft** Jahresbeitrag mindestens **120,00 Euro**  
/ oder mehr  Euro

**Name, Vorname**

**Geburtsdatum**

**Straße**

**PLZ / Ort**

**Telefon / E-Mail**

**Datum / Unterschrift**

Evtl. geworben durch

Der Jahresbeitrag ist fällig innerhalb von 2 Wochen nach Beitragserklärung.

In den Folgejahren ist der Betrag bis zum Ende des 1. Quartals des Jahres zu bezahlen.

Der Jahresbeitrag soll widerruflich eingezogen werden:

- ja  nein, ich überweise gemäß Fälligkeit (bitte ankreuzen)

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein Hospiz- und Palliativhilfe Katharinenhaus Reinickendorf e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Hospiz- und Palliativhilfe Katharinenhaus Reinickendorf 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.

**Kontoinhaber**

**IBAN**

**BIC**

**Bank**

**Datum / Unterschrift**

Die für das SEPA-Einzugsverfahren erforderliche Mandatsreferenz ist Ihre (zukünftige) Mitgliedsnummer, die Ihnen später mit einem Begrüßungsbrief mitgeteilt wird.



Sie können Ihr Mitgliedsantrag per Post oder per E-Mail an uns senden

Förderverein

**Hospiz- und Palliativhilfe  
Katharinenhaus Reinickendorf e.V.**

Vorstand: Michael Ermisch, Daniel Frank, Olaf Schüle, Dr. med. Iris Kraus

c/o: Caritas-Hospiz Katharinenhaus Berlin-Reinickendorf | Kurhausstraße 30 | 13467 Berlin

E-Mail: [info@foerderverein-hospiz-reinickendorf.berlin](mailto:info@foerderverein-hospiz-reinickendorf.berlin)

Vereinsregister: AG Charlottenburg VR 39018 B | Steuer-Nr.: 27/026/30817

**Datenschutz:** Wir versichern, dass wir im Umgang mit den persönlichen Daten und den Bankdaten die im Rahmen der Datenschutzgrundverordnung – DSGVO – geforderte Sorgfalt walten lassen, diese für keinerlei andere Zwecke, weder organisationsintern noch extern, verwenden und die Daten nach den gesetzlich vorgeschriebenen Fristen löschen.