



Beitrittserklärung

Hiermit möchte ich Mitglied bei der "Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen e.V." werden

Vor- und Nachname _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Ort _____

Der Jahresbeitrag beträgt mindestens 12,50 Euro. Ich werde einen jährlichen Beitrag von _____ Euro leisten.

Mir ist bekannt, dass der Mitgliedsbeitrag erstmalig im auf meinen Eintritt folgenden Monat fällig ist. Danach immer im Voraus für ein Jahr.

Ich möchte meinen Beitrag überweisen (Sparkasse Krefeld, IBAN: DE32 3205 0000 0059 1113 69 BIC: SPKRDE33XXX)

Ich möchte meinen Beitrag per Lastschrift (Anfang März) abbuchen lassen.

Ich möchte am Ende des Jahres eine Spendenbescheinigung ja nein

Datenschutzhinweis: Ich willige ein, dass die Daten für Zwecke der Mitgliedschaft und in der Adressverwaltung von der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft e.V. verwendet werden. Die Daten werden nur an Dritte weitergegeben, wenn der organisatorische Ablauf dies erforderlich macht. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung der Daten erfolgt nach Art.5 und 6 DSGVO. Die Einwilligung gilt über die Beendigung der Mitgliedschaft hinaus, endet jedoch nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen oder durch Widerruf, der jederzeit möglich ist.

Datum _____

Unterschrift _____

1. Einzugsermächtigung: Ich ermächtige die Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen e. V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beiträge bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat: Hiermit ermächtige ich die Psychiatrische Hilfgemeinschaft Viersen e.V. den Mitgliedsbeitrag Anfang März eines jeden Jahres von meinem genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Psychiatrischen Hilfgemeinschaft auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

IBAN _____

BIC _____

Bank _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift _____

Sozialpsychiatrisches Zentrum
Große Bruchstr. 28-30
41747 Viersen

Tel 02162 / 2662980

Mail verwaltung@phg-viersen.de

Web www.phg-viersen.de