



FREUNDESKREIS

STIFTUNG JOSEPHS-HOSPITAL WARENDORF E.V.

Mitgliedsantrag

Ich/Wir erkläre/n meine/unsere Mitgliedschaft im Freundeskreis Stiftung Josephs-Hospital Warendorf e. V.:

Name, Vorname bzw. Firmenname

ggf. Ansprechpartner

Geb.-Datum

Straße + Hausnummer

Postleitzahl + Ort

eMail-Adresse

Meinen/unsere jährlichen Mitgliedsbeitrag¹ in Höhe von EUR _____ bitte ich/wir von folgendem Konto abzubuchen:

IBAN

Datum + Unterschrift

¹ Der jährliche Mindestmitgliedsbeitrag beträgt derzeit EUR 30.



FREUNDESKREIS

STIFTUNG JOSEPHS-HOSPITAL WARENDORF E.V.

Einverständnis

Der Freundeskreis Stiftung Josephs-Hospital Warendorf e. V. wird von mir/uns ermächtigt Zahlungen von diesem Konto mittels Lastschrift einzulösen.

Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Verpflichtung, das SEPA-Lastschriftmandat einzulösen.

Die Erstattung des belasteten Betrages kann innerhalb von acht Wochen beginnend mit dem Belastungsdatum meiner-/unsererseits verlangt werden. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mir ist bekannt, dass meine Daten auf unbegrenzte Zeit gespeichert werden, sofern der Zweck der Datenverarbeitung bestehen bleibt. Meine personenbezogenen Daten werden vom Freundeskreis Stiftung Josephs-Hospital e. V. nicht an Dritte weitergegeben. Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang meiner Widerrufserklärung meine Daten unverzüglich gelöscht, sofern keine gesetzlichen Aufbewahrungsfristen bestehen. Die Datenschutzbestimmungen des Freundeskreises Stiftung Josephs-Hospital Warendorf e. V. und die darin enthaltene Beschreibung meiner Betroffenenrechte kann unter www.freundeskreis-jhwaf.de eingesehen werden.

Die Kündigung der Mitgliedschaft bedarf der Schriftform und ist zum Jahresende möglich.

Datum + Unterschrift

Stand: 11/2023