

DIGNITAS – Deutschland e.V.

AUFNAHMEANTRAG

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Pflichtfelder sind mit * gekennzeichnet.

1. Persönliche Angaben

Anrede ☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers/keine Angabe

Vorname* _____ Nachname* _____

Straße _____ Hausnummer* _____

PLZ* _____ Ort * _____

Geburtsdatum* _____ E-Mail _____

Festnetz oder Handy* _____

2. Mitgliedsbeitrag

Regulärer Beitrag

Aufnahmegebühr	120,00 €
Monatsbeitrag	20,00 €

Ermäßigung bei Beitritt vor Vollendung des 40. Lebensjahres

Aufnahmegebühr	70,00 €
Monatsbeitrag	11,00 €

Kündigungsfrist: Sofern eine schriftliche, eigenhändig unterschriebene Kündigung bis spätestens zum 30.09. eines Jahres bei uns eingeht, endet die Mitgliedschaft zum 31.12. desselben Jahres.

3. Einwilligungen

- ☐ **Mitgliedsantrag:** Ich beantrage die Aufnahme in den Verein DIGNITAS - Deutschland e.V. und verpflichte mich zur Zahlung der jeweils geltenden Beiträge.*
- ☐ **Datenverarbeitung:** Ich willige ein, dass DIGNITAS - Deutschland e.V. meine Daten, einschließlich gesundheitsbezogener Angaben, zur Bearbeitung meines Anliegens und meiner Mitgliedschaft verarbeitet und bei Bedarf an DIGNITAS-Freitodbegleitung-Deutschland e.V. übermittelt.*
- ☐ **E-Mail-Kommunikation:** Ich bin einverstanden, dass der Verein mit mir per E-Mail kommuniziert und mir mitgliedschaftsbezogene Informationen (wie beispielsweise die Einladung zur Mitgliederversammlung) elektronisch übermittelt. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Seite 1 von 2

DIGNITAS – Deutschland e.V.

AUFNAHMEANTRAG

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Pflichtfelder sind mit * gekennzeichnet.

4. SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE36ZZZ00000932073 (Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt)

Kontoinhaber/in* _____

Kreditinstitut* _____

IBAN* _____

BIC _____

Ich ermächtige DIGNITAS-Deutschland e.V., Aufnahmegebühr sowie die Mitgliedsbeiträge per Lastschrift einzuziehen, und weise mein Kreditinstitut an, diese Lastschriften einzulösen. Die Beiträge werden vierteljährlich jeweils zum 15.02., 15.05., 15.08. und 15.11. eingezogen. Die Einwilligung zum SEPA-Mandat kann ich jederzeit widerrufen.

Hinweis: Innerhalb von acht Wochen ab Belastungsdatum kann ich die Erstattung nach den Bedingungen meines Kreditinstituts verlangen. Ein Widerruf beendet nicht die Beitragspflicht.

Aufnahmeantrag*

Ort und Datum: _____ **Unterschrift:** _____

SEPA-Mandat*

Ort und Datum: _____ **Unterschrift Kontoinhaber/in:** _____