



Mitgliedserklärung

Ich möchte Mitglied der IGSL Hospizbewegung e.V. werden

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Tel. Nr.:

E-Mail Adresse:

Ich interessiere mich insbesondere für: (bitte ankreuzen)

- PatientInnenverfügung / Vorsorgevollmacht
- Fortbildungsmöglichkeiten
- 12/24 Stunden Betreuung
- Sonstiges:

Ich erkläre meinen Beitritt zur IGSL Hospizbewegung bis auf meinen schriftlichen Widerruf.
Ich nehme zur Kenntnis, dass Kündigungen jeweils mit Jahresende wirksam werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Mitgliedschaft erst mit der Einbezahlung des Mitgliedsbeitrags in Bar oder auf das Bankkonto der IGSL aktiv wird (Einzelpersonen €40,-- / Institutionen €70,--).

Bank- und Spendenkonto der IGSL:
ERSTE BANK
IBAN: AT40 2011 1000 0670 9613
BIC: GIBAATWWXXX

BITTE ANKREUZEN:

- Ich bin einverstanden, dass meine oben genannten Daten von der IGSL erhoben und automationsunterstützt verarbeitet werden. Ich bin einverstanden, dass diese Daten für die Dauer meiner Mitgliedschaft gespeichert werden. Meine Daten werden NICHT an Dritte weitergegeben.

Weitere Optionen:

- Ich möchte bis auf meinen Widerruf über weitere Tätigkeitsbereiche (Bildung, Betreuung) der IGSL per E-Mail mittels Newsletter informiert werden.

Ort, Datum:

Unterschrift: