



HOSPIZBEWEGUNG MEERBUSCH e.V.

Ambulanter Hospizdienst

Palliativpflegerische Beratung

Psychosoziale Begleitung

Name, Vorname	
Straße, Hausnr.	
PLZ, Wohnort	
Telefon	
Mobilnummer	
E-Mail	

Zutreffendes bitte ankreuzen

O ich nehme an folgender/folgenden Veranstaltungen/Angeboten der HBM e.V. teil:

- Einzeltrauerbegleitung
- Trauerseminar
- Trauergesprächskreis 30 - 60 Jahre
- Gesprächskreis, geschlossen
- Trauergesprächskreis 16 - 21 Jahre
- Trauerwanderung
- Patientenverfügung, Vorsorgevollmachten
- Beratung von Angehörigen/Patienten im Krankheitsverlauf
- Mitgliedschaft Hospizbewegung Meerbusch e.V.*

O* für den Erhalt des Informationsblattes der HBM e.V. an, um über Vereinsaktivitäten informiert zu sein.

Der HBM e.V. speichert meine Daten solange, wie die o.g. festgelegten Zwecke dies erfordern und weist mich hiermit ausdrücklich auf folgende Rechte als unterzeichnende Person ihm gegenüber hin:

- Ich kann meine Einwilligung zur Verarbeitung meiner Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt.
- Ich habe dem HBM e.V. gegenüber einen Anspruch auf Auskunft über die betreffenden Daten, sowie auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung oder ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung, sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.
- Ich kann Beschwerden, Auskunftsanfragen und andere Anliegen an folgende Stelle richten: Hospizbewegung Meerbusch e.V., Necklenbroicher Str. 30, 40667 Meerbusch, info@hospizbewegung-meerbusch.de, Fax Nr. 02132/757626.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, der Erhebung und der Verarbeitung meiner Daten durch den HBM e.V. zuzustimmen und über meine Rechte belehrt worden zu sein.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift



Ich will mithelfen!

An die
Hospizbewegung Meerbusch e.V.
Necklenbroicher Str. 30
40667 Meerbusch

Ich möchte Mitglied werden (Jahresbeitrag 30,- €) und bin bereit

aktiv mitzuarbeiten (aktives Mitglied)

Ich bin bereit, die Arbeiten der Hospizbewegung zu unterstützen
mit einem Betrag von _____ €

einmalig jährlich

*Die Anerkennung des Finanzamtes Neuss als mildtätiger Verein liegt vor.
Gerne stellen wir Ihnen eine Spendenbescheinigung aus.*

NAME _____

VORNAME _____

STRASSE, HS.-NR. _____

PLZ und Ort _____

TELEFON/E-Mail _____

Sparkasse Neuss
IBAN Nr.: DE87 3055 0000 0000 7452 81
BIC: WELA DE DN

Gläubiger-Id. Nr.: DE64ZZZ00000744165

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich widerruflich die Hospizbewegung Meerbusch e.V.

meinen Beitrag von meinem Konto einzuziehen:

IBAN _____

bei Bank _____

BIC _____

Kontoinhaber _____

Datum, Unterschrift

Damit wir auch zukünftig mit Ihnen in Kontakt bleiben können, weisen wir Sie unter Bezugnahme der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) daraufhin, dass wir Ihre o.a. Daten zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft speichern.

Ihre Kontaktdaten werden ausschließlich für Informationen über Aktuelles aus der Hospizbewegung Meerbusch e.V. verwendet. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Solange wir keine Rückmeldung von Ihnen erhalten, gehen wir davon aus, dass wir Ihre Kontaktdaten weiter speichern und Ihnen weiterhin unsere Hospizzeitung oder andere Informationen von der Hospizbewegung Meerbusch e.V. senden dürfen. Sie können sich aber auch jederzeit später bei uns melden und fordern:

- Auskunft über Ihre gespeicherten Daten
- Berichtigung unrichtiger personenbezogener Daten,
- Löschung der gespeicherten Kontaktdaten,
- Einschränkung der Datennutzung,
- Widerspruch gegen die Verarbeitung bzw. Nutzung der Daten.
- Beschwerderecht, wenden Sie sich bitte an die HBM e.V.

Datum, Unterschrift