



Adressdaten (Bitte das Formular in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

* Name, Vorname des Partners / der Partnerin

* Geburtsdatum des Partners / der Partnerin

Patenschaft

Hiermit erteile der Hospizgruppe Ingelheim e.V. widerruflich eine Einzugsberechtigung über **(bitte ankreuzen)**

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Monat | <input type="checkbox"/> Quartal | <input type="checkbox"/> Halbjahr | <input type="checkbox"/> Jahr |
| <input type="checkbox"/> 10 Euro | <input type="checkbox"/> 30 Euro | <input type="checkbox"/> 60 Euro | <input type="checkbox"/> 120 Euro |
| <input type="checkbox"/> _____ Euro |

Der Mindestbetrag einer Patenschaft beträgt in der Summe 120 € im Jahr. Sie können jederzeit einen höheren Betrag einsetzen.

Möchten Sie aktuelle Informationen / Newsletter per Mail erhalten?

- Ja Nein



Bankdaten

Name der Bank

IBAN

Unterschrift / en

Ort, Datum, Unterschrift

Hospizgruppe Ingelheim e.V.

Talstraße 84

55218 Ingelheim

Telefon: 06132 / 71 49 81 (während der Bürozeit, sonst Anrufbeantworter)

Fax: 06132 / 71 49 82

E-Mail: info@hospiz-ingelheim.de

Internet: www.hospiz-ingelheim.de / www.hospiz-sophia.de

Merkblatt zur Patenschaft (Datenschutz-Grundverordnung)

„Die im Patenschaft Antrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, sind allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Patenschaftsverhältnisses notwendig und erforderlich und werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Die Datenschutz-Informationen gemäß Art. 12 ff DS-GVO entnehmen Sie dem Merkblatt zur Patenschaft.

Stand vom 20.12.2024