

# Carpe Diem – Verein zur Förderung der Klinik für Palliativmedizin und des Instituts für Palliative Care an den Kliniken Essen-Mitte e.V.

---

## Aufnahmeantrag

Frau  
Gabriele Zimmermann (1.Vors.)  
Carpe Diem e.V.  
Grafenstr. 41  
  
45239 Essen

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme als  natürliche Person  förderndes Mitglied  juristische Person  
in den Carpe Diem – Verein zur Förderung der Klinik für Palliativmedizin und des Instituts für Palliative Care an den  
Kliniken Essen-Mitte e.V.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf/Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtstag: (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_

Der Jahresbeitrag beträgt gemäß der Beitragsordnung vom 29.06.2006 für Kinder, Jugendliche, Auszubildende,  
Studenten und Arbeitslose **12,00 €**, für die übrigen natürlichen Personen **24,00 €** (fördernde Mitglieder zahlen zudem  
regelmäßige Zuwendungen) und für juristische Personen 240,00 €.

Der Jahresbeitrag ist bis zum **31.03. eines Jahres** fällig und als Zuwendung steuerlich abzugsfähig.

Der Verein ist als gemeinnützig anerkannt.

**Der Jahresbeitrag**  soll per Lastschriftinzug eingezogen werden (SEPA-Lastschriftmandat)

wird von mir bis zum **31.03. des Jahres** überwiesen.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich über den Inhalt der Satzung und der Beitragsordnung des Vereins  
informiert bin und diese anerkenne. Ich verpflichte mich, Änderungen in den Adressdaten unverzüglich dem Verein  
mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE24ZZZ00000766031**

**Mandatsreferenz:** (wird separat mitgeteilt)

Hiermit ermächtige ich den Verein widerruflich, den von mir zu entrichtenden jährlichen **Mitgliedsbeitrag in Höhe von 24,-€** bei Fälligkeit von meinem Konto per **Lastschrift** einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Carpe Diem e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung, jährlich, nicht vor dem 01.03. des Jahres**

---

Ich ermächtige den Verein, neben dem Jahresbeitrag **zusätzlich**

- einmalig
- widerruflich einen Betrag in Höhe  
von \_\_\_\_\_ € monatlich/ jährlich als Zuwendung (Spende) von meinem Konto per  
Lastschrift einzuziehen.

**Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung, monatlich, zum 01. jeden Monats**

**Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung, jährlich, nicht vor dem 01.03. des Jahres**

**Name des Kontoinhabers:**

---

Kontonummer (IBAN): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name und BIC): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Datum, Ort und Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Carpe Diem - Verein zur Förderung der Klinik für Palliativmedizin und des Instituts für Palliative Care an den Kliniken Essen-Mitte e.V., Grafenstr. 41 45239 Essen Amtsgericht Essen: VR 4701 St.Nr.: 112/5742/1151 Finanzamt Essen-Süd Bankverbindung: IBAN: DE42360501050001604099 Sparkasse Essen BIC: SPESDE33XXX**