

Mitgliedsantrag

An den

Herzkissen Hamburg e.V.
Diekkoppelweg 4
21509 Glinde



Ja, ich unterstütze die Ziele des Vereins und beantrage die Mitgliedschaft beim Herzkissen Hamburg e.V. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Vereinssatzung an.

Vorname

Name

Straße/Hausnummer

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Telefon

eMail-Adresse

Der Jahresbeitrag ist jeweils im ersten Quartal eines jeden Jahres zu entrichten und beträgt:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| a) Für natürliche Personen | 15,00 € pro Kalenderjahr |
| b) Für juristische Personen/Firmen | 50,00 € pro Kalenderjahr |

Bei späterem Eintritt im Kalenderjahr ist der komplette Jahresbetrag innerhalb 30 Tage nach Eintritt zu zahlen.

- Ich/Wir erteile/n SEPA-Mandat und bitte/n um Einzug des Jahresbeitrages per letzten Werktag des Monats März eines jeden Kalenderjahres (*bitte unteren Abschnitt vollständig ausfüllen*)

Die Mitgliedschaft kann jederzeit durch eine schriftliche Erklärung gegenüber den Vorsitzenden unter Einhaltung einer Frist von 4 Wochen zum Jahresende beendet werden.

_____, den _____
Wohnort/Datum

Unterschrift

Wiederkehrende Lastschrift

Gläubiger-ID: DE41XXX00001877539

Herzkissen Hamburg e.V., Diekkoppelweg 4, 21509 Glinde

Mandatsreferenz : --wird vom Verein zugeordnet --- _____

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den *Herzkissen Hamburg e.V.*, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom *Herzkissen Hamburg 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.*

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

PLZ / Ort

IBAN DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum, Unterschrift