

BEITRITTSERKLÄRUNG

Name, Vorname	Geburtstag	Beruf
Name, Vorname	Geburtstag	Beruf
Firma		
PLZ/Wohnort	Straße	Telefon

Hiermit beantrage(n) ich/wir ab dem _____ die Mitgliedschaft im
SOZIALWERK IM BÜRGERVEREIN FARMSSEN-BERNE E.V.

Name, Vorname	Geburtstag	Beruf
---------------	------------	-------

Der monatliche Beitrag beträgt
(Gewünschten Betrag eintragen)

€

(Mindestbeiträge: 2,50 €, Ehepaare 5,00 €, juristische Personen 11,00 €)

Ich wünsche jährliche halbjährliche Beitragszahlung.

Ich benötige eine Spendenbescheinigung Ja Nein

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Hamburg, den _____

Unterschrift(en)

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich/Wir ermächtige(n) das Sozialwerk im Bürgerverein Farmsen-Berne e.V. (Gläubiger ID: DE02ZZZ00000856734) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf meinem/unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. ES gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Geldinstitut	Kontonummer
BIC	IBAN

Hamburg, den _____

Unterschrift(en)