



SOZIALWERK

IM BÜRGERVEREIN
FARMSEN-BERNE E.V.

BEITRITTSERKLÄRUNG

Name		Vorname	Geburtstag
Name		Vorname	Geburtstag
PLZ/Wohnort	Straße/Hausnummer		Telefon

Hiermit beantrage(n) ich/wir ab dem _____ die Mitgliedschaft im

SOZIALWERK IM BÜRGERVEREIN FARMSEN-BERNE E.V.

Mein/Unser monatlicher Beitrag beträgt
(Gewünschten Betrag eintragen)

	€
--	---

Mindestbeiträge:
2,50 €, Ehepaare 5,00 €

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: DE0ZZZ00000856734) 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)