

An den
Freundeskreis der Käte Ahlmann Stiftung e.V.
Oderfelder Straße 3
20149 Hamburg

Fax: 040 - 20 93 19 23 - 9
Tel: 040 - 20 93 19 23 - 0

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT - SEITE 1

Auf der Grundlage der Satzung des Vereins „Freundeskreis der Käte Ahlmann Stiftung e.V.“ beantrage ich hiermit die Mitgliedschaft:

Name, Vorname: _____

Unternehmen: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Email: _____

Telefon (für Rückfragen): _____ Geburtsdatum (freiwillige Angabe): _____

JAHRESMITGLIEDSBEITRAG (bitte ankreuzen)

100 EUR Fördernde Mitgliedschaft

500 EUR Firmenmitgliedschaft

250 EUR Ordentliche Mitgliedschaft

_____ EUR (mind. 100 EUR)

Der Beitrag ist innerhalb der ersten zwei Monate eines Jahres fällig und zahlbar nach Erhalt der Rechnung.

Zur Abwicklung der Zahlung erteile ich einen Dauerauftrag eine Einzugsermächtigung (Seite 2)

DATENSCHUTZHINWEIS

Im Hinblick auf die gesetzlichen Regelungen werden personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet und gespeichert. Dies sind insbesondere Informationen zu Name, Unternehmen, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer und Email-Adresse, sowie alle Informationen zum SEPA-Lastschriftmandat bzw. Kontoverbindungsdaten bei Einrichtung eines Dauerauftrags.

Ort/ Datum: _____ Unterschrift: _____

Für Zahlungen bis 200,- EUR kann der vereinfachte Spendennachweis (Überweisungsbeleg/ Kontoauszug) genutzt werden. Bei Zahlungen über 200,- EUR erhalten Sie eine Zuwendungsbestätigung nach amtlichem Muster an die obige Adresse zur Vorlage beim Finanzamt.

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT - SEITE 2

SEPA- LASTSCHRIFTMANDAT

Gläubiger- Identifikationsnummer: DE74ZZZ00000379459

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

Hiermit ermächtige ich den „Freundeskreis der Käte Ahlmann Stiftung e.V.“ fällige Mitgliedsbeiträge für ein Jahr im Voraus mittels Lastschrift von folgendem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Freundeskreis der Käte Ahlmann Stiftung e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber/in: _____

Sollte mein Konto im Zeitpunkt der Beitragseinziehung nicht die erforderliche Deckung aufweisen und entstehen dem Verein durch die Zahlungsweigerung des kontoführenden Instituts Kosten, werde ich diese auf Anforderung unverzüglich erstatten. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort/ Datum: _____ Unterschrift: _____