



# Beitrittserklärung

Hiermit bitte ich um Aufnahme als Mitglied in den  
Freundeskreis des Alten- und Pflegeheimes  
Hamburg-Bahrenfeld, Holstenkamp 119 e.V.  
Holstenkamp 119, 22525 Hamburg

Name: \_\_\_\_\_ Geb.Name: \_\_\_\_\_

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

Geb.Datum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Beitrag: Euro \_\_\_\_\_ monatlich Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_  
(Mind.-Beitrag 4,00 Euro)

Zahlungstermin:  jährlich zum 01.03.  halbjährlich zum 01.03. und 01.09.  
(bitte ankreuzen)

Die Satzung des Vereins erkenne ich an.

Hamburg, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift

---

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Verein  
Freundeskreis des Alten- und Pflegeheimes  
Hamburg-Bahrenfeld, Holstenkamp 119 e.V.  
Holstenkamp 119, 22525 Hamburg

Die fälligen Beiträge jeweils von meinem folgenden Konto abzubuchen:

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_ Beginn: \_\_\_\_\_

*Die Mitgliedsdaten werden ausschließlich für interne Zwecke gespeichert und verarbeitet.*

Hamburg, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift