



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