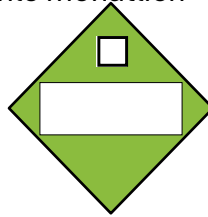
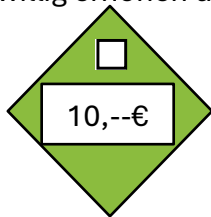


Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Freundeskreis Pflegeheim Alsterberg e.V.,
Maienweg 145, 22297 Hamburg, ab:

Der Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 2,--€ monatlich.

Ich möchte meinen Beitrag freiwillig erhöhen und zahle monatlich



Bitte den zutreffenden Betrag ankreuzen oder im freien Feld eintragen.

- Die Mitgliedsbeiträge sind steuerlich absetzbar
Wünschen Sie eine Spendenbescheinigung ? ☐ Ja ☐ Nein
- Die Mitgliedschaft kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.
- Aktive Helfer können von den Mitgliedsbeiträgen befreit werden.

Name 	Vorname
Straße / Hausnummer 	PLZ / Wohnort
Geburtsdatum* 	E-Mail*
Telefon* 	Telefon mobil*

(* freiwillige Angaben)

Der Mitgliedsbeitrag soll

☐ halbjährlich zum 15.04. und 15.10. ☐ Jährlich zum 15.04.

per SEPA-Lastschrift durch den Freundeskreis Pflegeheim Alsterberg e.V. meinem Konto belastet werden. (SEPA-Lastschriftmandat s. Rückseite)

Datenschutzerklärung

Ich erkläre mich einverstanden, dass die mich betreffenden Daten von Freundeskreis Pflegeheim Alsterberg e.V. erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis, die Betreuung und die Verwaltung der Mitglieder und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

Datum, Ort

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE92ZZZ00000545781

Mandatsreferenz: wird vom Freundeskreis Pflegeheim Alsterberg e.V. gesondert mitgeteilt

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Name, Vorname	
Straße, Haus	
PLZ, Ort	

Ich ermächtige den Freundeskreis Pflegeheim Alsterberg e.V. meine Mitgliedsbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Freundeskreis Pflegeheim Alsterberg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut	
IBAN (Konto-Nummer)	DE

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung

Datum, Ort

Unterschrift