

BEITRITT

als Verein, Institution, Stiftung oder Firma

KIDS Hamburg e.V.

Kontakt- und Informationszentrum Down-Syndrom

Heinrich-Hertz-Str. 72, 22085 Hamburg

Tel. 040-38616780, Fax 040-38616781

www.kidshamburg.de

1. Name (des Vereins, der Institution, der Stiftung, der Firma):

Ansprechpartner: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____ Telefon: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

(Aus Kostengründen versendet KIDS Informationen größtenteils per eMail, daher bitte unbedingt eMail-Adresse angeben, wenn Sie über alle aktuellen Termine und Entwicklungen im Verein informiert sein möchten!)

bittet um Aufnahme als Fördermitglied.

Sie unterstützen den Verein maßgeblich finanziell, haben aber eine beratende Stimme in der Mitgliederversammlung.

Der Jahresbeitrag beträgt:

<input type="checkbox"/>	bis 200 Mitglieder/Mitarbeiter	150 Euro
<input type="checkbox"/>	bis 500 Mitglieder/Mitarbeiter	375 Euro
<input type="checkbox"/>	bis 1000 Mitglieder/Mitarbeiter	600 Euro
<input type="checkbox"/>	mehr als 1000 Mitglieder/Mitarbeiter	750 Euro

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Jahresbeiträge sind zu Beginn eines jeden Kalenderjahres fällig. Der Einzug der Mitgliedsbeiträge per Lastschrift ist Voraussetzung für die Mitgliedschaft. Der Jahresbeitrag wird in zwei Raten Anfang Februar und Anfang August eingezogen (bei Eintritt ab dem 2. Quartal wird der Beitrag in einer Rate eingezogen). Bei Eintritt beträgt der Mitgliedsbeitrag 1/4 des Jahresbetrages pro angefangenes Quartal, bei Austritt werden keine Rückzahlungen geleistet.

Für Mitgliedsbeiträge bis Euro 200 gilt der Kontoauszug mit der Lastschriftbelastung als Spendennachweis gegenüber dem Finanzamt.

Wir würden uns über eine besondere Förderung von KIDS Hamburg e.V. durch freiwillige Zahlung höherer Beiträge sehr freuen.

X

Ort/Datum

X

Unterschrift für die Mitgliedschaft

2. SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Lastschriften

Zahlungsempfänger: KIDS Hamburg e.V., Gläubiger-Identifikationsnummer: DE96ZZZ00000684128

Die Mandatsreferenz-Nr. wird von KIDS Hamburg e.V. nachträglich mitgeteilt.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen KIDS Hamburg e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von KIDS Hamburg e.V. auf mein/unser 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.

Name/Vorname des Kontoinhabers/der Kontoinhaber: _____

Anschrift des Kontoinhabers/der Kontoinhaber (PLZ/Ort/Straße): _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____

BIC: _____

Dieses SEPA-Mandat gilt für die Vereinbarung mit dem/den unter 1. genannten Mitglied/Mitgliedern.

X

Ort/Datum

X

Unterschrift der/des Kontoinhaber/s