

**Kinder- und Erwachsenenzentrum Hohenfelde e. V. * Ifflandstraße 69,
22087 Hamburg**

Tel.: 040 – 22 74 89 45 * www.kinez-hohenfelde.de

Beitrittserklärung

Name:

Vorname:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein Kinder- und Erwachsenenzentrum Hohenfelde e. V.

Der Mitgliedsbeitrag beläuft sich auf 4,00 € pro Monat.
Die Kündigung der Mitgliedschaft kann jederzeit ohne Nennung besonderer Gründe zum Monatsende gekündigt werden. Die Kündigung kann formlos, muss jedoch schriftlich erfolgen.

Der Beitrag kann per Überweisung quartalsweise, halbjährlich oder jährlich auf das unten genannt Konto oder per Bankeinzug bezahlt werden. Ich zahle:

- Per Überweisung auf das Konto des Vereins (siehe unten)**
- quartalsweise
- halbjährlich
- jährlich

- Bankeinzug (Einzugsermächtigung ist separat zu unterzeichnen)**
- quartalsweise
- halbjährlich
- jährlich

Einzugsermächtigung

Für den Bankeinzug erteile ich hiermit dem Verein Mütterzentrum Hohenfelde e. V. widerruflich eine Einzugsermächtigung für den Vereinsbeitrag. Bitte buchen Sie den jeweils fälligen Betrag

von meinem Konto: BLZ: ab.

.....
Ort Datum Unterschrift

.....
Ort Datum Unterschrift