

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein
Eppendorfer Soziokultur e.V., dem
Trägerverein der KUNSTKLINIK

Einfaches Mitglied € 25,- jährlich oder

Fördermitglied ab 30,- jährlich € _____

Spenden und Mitgliedsbeiträge sind steuerlich abzugsfähig.
Die Kündigung der Mitgliedschaft ist zum Jahresende möglich.

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

PLZ, Ort	Straße, Haus-Nr.
----------	------------------

Telefon	E-Mail-Adresse
---------	----------------

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Überweisung: Den Beitrag zahle ich auf das Konto:
Eppendorfer Soziokultur e.V., Hamburger Sparkasse,
HASPDEHHXXX, IBAN: **DE79 2005 0550 1208 1104 27**

Einzug: Ich ermächtige den Zahlungsempfänger
Eppendorfer Soziokultur e.V. (Gläubiger-Identifikations-
nummer: DE31 ZZZ 0000 8928 78) den Mitgliedsbeitrag bei
Fälligkeit von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise
ich hiermit mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger
von meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Lastschrift-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. Bei einer Rücklastschrift gehen anfallende Gebühren zu meinen Lasten.

Datenschutz: Ihre Daten werden von uns grundsätzlich nur verarbeitet oder genutzt, wenn dies zu Zwecken der Mitgliedschaft erforderlich ist. Dabei beachten wir die gesetzlichen Vorgaben.

Kreditinstitut: Name und BIC

IBAN

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------