



**Antrag auf Aufnahme**

**1. Person**

Name Vorname

Geboren am

Straße/Hausnummer PLZ/Ort

Telefon E-Mail (wenn vorhanden)

**2. Person (nur bei Partner-Mitgliedschaft)**

Name Vorname

*Straße/Hausnummer und PLZ/Ort wie oben.*

Geboren am

Telefon E-Mail (wenn vorhanden)

Mit der Veröffentlichung meines/unserer Vor- und Zuname/n, bei Aufnahme in den Bürger- und Kommunalverein Billstedt von 1904 e.V., in der Vereinszeitung „Der Billstedter“ bin ich/sind wir einverstanden.

Ja  Nein

Mit der Gratulation zum Geburtstag (Tag und Monat, nicht der Jahrgang) in der Vereinszeitung „Der Billstedter“ bin ich/sind wir einverstanden.

Ja  Nein

(Die beiden vorstehenden Angaben bitte unbedingt entsprechend ankreuzen. Sie können jederzeit widerrufen werden.)

**Datenschutzerklärung** (Bitte auch ankreuzen)

Die „Hinweise zur Datenverarbeitung“ und die „Hinweise zur Datenverarbeitung bei Reisen und anderen Veranstaltungen“ habe ich/haben wir erhalten.

**X**

Ort, Datum, Unterschrift (1. Person)

**X**

Ort, Datum, Unterschrift (2. Person)

Mit der Unterzeichnung ist der Beitritt erklärt. Ein Austritt aus dem Verein muss von jedem Partner erklärt werden.



**Bürger- und Kommunalverein Billstedt von 1904 e.V.**

**Schiffbek • Öjendorf • Kirchsteinbek • Mümmelmansberg**



## **SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen**

**Bürger- und Kommunalverein Billstedt von 1904 e.V.**

Name des Zahlungsempfängers

**Merkatorweg 16 B**

Straße/Hausnummer

**22119 Hamburg**

PLZ/Ort

**DE68 2005 5005 1008 2345 32**

Gläubiger-Identifikationsnummer

*(Ihre Mitgliedsnummer, wird Ihnen separat mitgeteilt)*

Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer

Ich/Wir ermächtige/n den **Bürger- und Kommunalverein Billstedt von 1904 e.V.** den Jahresbeitrag

**30 € für Einzelmitglieder**

**50 € für Paare (Partner-Mitgliedschaft; mit gleicher Anschrift)**

von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom **Bürger- und Kommunalverein Billstedt von 1904 e.V.** auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

**Kontoinhaber/Bankverbindung**

**abweichender Kontoinhaber**

Name

Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

IBAN

BIC

Bankname

**X**

**Ort, Datum, Unterschrift**

Bitte schicken Sie den ausgefüllten und unterschriebenen **Aufnahmeantrag** im Original an unsere **Geschäftsstelle**: Merkatorweg 16 B • 22119 Hamburg