



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



10/2021

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Bürger- und Kommunalverein Billstedt von 1904 e.V.

Name des Zahlungsempfängers

Meriandamm 11

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

€ für Einzelmitglieder

€ 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**: T ^ | ä æ} å æ{- 22119 Hamburg