

## Aufnahmeantrag

Hiermit erkläre/n ich/ wir die Mitgliedschaft im Helfen ohne Grenzen e.V. Deutschland.

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:..... Beruf:.....

Strasse:..... Hausnr.:.....

PLZ:..... Ort:.....

Tel.:..... Fax:.....

E-Mail Adresse:.....

### Bitte einen der jährlichen Mitgliedsbeiträge ankreuzen:

- |   |            |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Großzügiges Mitglied     | 100,00 EUR |
| <input type="checkbox"/> Ordentliches Mitglied    | 50,00 EUR  |
| <input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft   | 75,00 EUR  |
| <input type="checkbox"/> Schüler/Studenten/Azubis | 20,00 EUR  |
| <input type="checkbox"/> Minderjährige            | 10,00 EUR  |

Die Beiträge werden kalenderjahrweise erhoben. Der fällige Jahresbeitrag wird per Einzugs-ermächtigung eingezogen. Im Eintrittsjahr gilt der Jahresbeitrag anteilmäßig für die verbleibenden Kalendermonate des Eintrittsjahres einschließlich des Eintrittsmonats. Die Mitgliedsbeiträge sind als gemeinnützige Spende anerkannt und steuerabzugsfähig.

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige/n ich/ wir Sie, den oben angekreuzten Betrag zu Lasten meines/ unseres Kontos wie folgt abzubuchen.

Kontoinhaber:.....

Kontonummer:..... BLZ:.....

Bank:.....

Ich habe die Satzung zur Kenntnis genommen und erkenne diese durch meine Unterschrift verbindlich an.

Ort, Datum:..... Unterschrift:.....