

Mitgliedsantrag

 $\hfill \Box$ Ja, ich / wir möchte(n) Mitglied bei HOPE worldwide Deutschland e.V. werden!

Persönliche Daten	Bitte ankreuzen / Nichtzutreffendes streichen!	Hobrechtstraße 23 D–12047 Berlin	
☐ als Einzelperson	□ als Familie		
Name, Vorname:	geb. am:	T 1 (000) 0400 0007	
Name, Vorname: geb. am:		Tel. (030) 6130 3367 Fax (030) 6130 3368	
Straße:	PLZ, Wohnort:		
Tel.:	Fax:		
e-mail:			
Mitgliedsbeitrag		_	
Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens 30 EUR pro Person oder 60 EUR pro			
Familie. Die Mitgliedschaft beginnt zum			
schriftlich zum Monatsende beendet werden - eine Rückerstattung des bezahlten Beitra-			
ges erfolgt nicht. Der erste jährliche Beitrag ist für das laufende Kalenderjahr innerhalb			
von 14 Tagen fällig - Folgebeiträge sind			
im Voraus zu entrichten.			
Ich / Wir bezahlen einen jährlichen Mitg	diedsbeitrag in Höhe von EUR.		
Zahlungsweise	Bitt zutreffendes ankreuzen!		
□ Bankeinzug (geringster Verwaltungsaufwand)		HOPE worldwide Deutschland e.V.	
Dazu ermächtige(n) ich / wir den Verein HOPE worldwide Deutschland e.V. auf Wider-		www.hopeww.de	
ruf, meinen / unseren Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit einzuziehen zu Lasten meines / un-		Eingetragener Verein	
seres Kontos mit der		beim Amtsgericht	
bei:	BIC: (genaue Bezeichnung der Bank / Sparkasse)	Berlin-Charlottenburg, Nr. 16363, NZ;	
	Sie jederzeit widerrufen. Ihr Mitgliedsbeitrag	als gemeinnützig und mildtätig anerkannt.	
ist steuerlich absetzbar. Auf Wunsch erhalten Sie gerne eine Spendenquittung, die			
Sie beim Finanzamt geltend machen können.		Spendenkonten: Berliner Volksbank	
☐ Überweisung / Dauerauftrag auf eines der nebenstehenden Spendenkonten (Bitte als		IBAN: DE84100900005391479005	
Verwendungszweck angeben: Mitgliedsbeitrag [Name, Vorname])		BIC: BEVODEBB	
□ Barzahlung		Postbank Berlin IBAN:	
☐ Ja, ich wünsche eine Spendenquittung im Januar des Folgejahres.		DE37100100100613437101 BIC: PBNKDEFF	

Ort, Datum: _____ Unterschrift: ____