



Aufnahmeantrag

Altonaer Kinderkrankenhaus von 1859 e. V.

Bleickenallee 38

22763 Hamburg

Ich beantrage meine Aufnahme als Mitglied des Altonaer Kinderkrankenhauses von 1859 e.V.

Name/ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße/Hausnr. _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon/E-Mail _____

Jährlicher Mitgliedsbeitrag _____ EUR (mind. 50,00 EUR, jur. Person mind. 200,00 EUR)

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten von dem Altonaer Kinderkrankenhaus von 1859 e.V. erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für das Mitgliedschaftsverhältnis und die Verfolgung der Vereinsziele erforderlich sind.

Ort, Datum _____, _____

Unterschrift

Für Ihre Mitgliedsbeiträge und Spenden erhalten Sie unaufgefordert eine Zuwendungsbestätigung. Unsere [Vereinsatzung](#) stellen wir Ihnen auf Anfrage zur Verfügung. Um unseren Verwaltungsaufwand gering zu halten, erteilen Sie uns bitte ein – jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufbares – Lastschriftmandat.

Altonaer Kinderkrankenhaus von 1859 e. V.

Vorstandsvorsitzender Kay Jacobsen | Vereinsregister Amtsgericht Hamburg 69 VR 5029

Hamburg Commercial Bank AG - IBAN: DE 33 2105 0000 1000 0653 83 - BIC: HSHNDE33XXX

Gläubiger-ID: DE54AKK00000656948



SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Altonaer Kinderkrankenhaus von 1859 e.V., meinen oben genannten jährlichen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen.

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 _____

Straße/Hausnr. _____

PLZ/Wohnort _____

BIC _____

IBAN _____

Ort, Datum, Unterschrift _____, _____, _____