



## Ambulante Hilfe Hamburg e.V.

Kieler Straße 160b  
22525 Hamburg

Telefon: 040 - 38 97 32

Email: ambulante.hilfe@wohnungslose.de

### Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich, \_\_\_\_\_, die  
Mitgliedschaft im Verein „Ambulante Hilfe Hamburg e.V.“

#### Meine Kontaktdaten:

---

Vor- und Nachname:

Adresse:

(Straße, Hausnummer,  
PLZ, Ort)

E-Mail:

---

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung in der jeweils gültigen Fassung als für mich verbindlich an. Die aktuelle Fassung der [Satzung](#) habe ich zur Kenntnis genommen. Mit dem Mitgliedsbeitrag in Höhe von jährlich 60€ bin ich einverstanden und überweise den anteiligen Betrag (5€ pro Monat) nach der Aufnahmebestätigung auf folgendes Konto:

Ambulante Hilfe Hamburg e.V.  
IBAN: DE50 5206 0410 0006 4112 90  
BIC: GENODEF1EK1

Die Vereinspost (v.a. Protokolle) möchte ich  per Post  per Email erhalten.

---

Datum, Unterschrift

#### **Hinweis zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten, Zweck der Verarbeitung und Speicherdauer**

Beim Beitritt zu unserem Verein werden Name, Adresse und E-Mail erhoben und gespeichert. Die gespeicherten Daten werden verwendet, um die Mitglieder über die Verbandsaktivitäten zu informieren und zur Kontaktaufnahme. Die Daten werden bei Beendigung der Mitgliedschaft gelöscht. Die Rechtsgrundlage dieser Datenverarbeitung ist §5, §6 DSGVO.

# SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige hiermit den Zahlungsempfänger „Ambulante Hilfe Hamburg e.V.“ meinen jährlich zum 12. Werktag im November fälligen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „Ambulante Hilfe Hamburg e.V.“ von meinem Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

## **Zahlungsempfänger:**

Adresse: Ambulante Hilfe Hamburg e.V.  
Kieler Straße 160b, 22525 Hamburg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 86Z ZZ0 000 061 883 3

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_  
(vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

## **Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber\*in)**

Vor- und Nachname:

Adresse:  
(Straße, Hausnummer,  
PLZ, Ort)

IBAN:

BIC:

Diese Einzugsermächtigung kann von mit jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift