



heilende Stadt

AUFNAHMEANTRAG

Ich möchte den Verein *heilende Stadt* unterstützen

- als aktives Mitglied (mit Stimmrecht) — Mitgliedsbeitrag ab 50 Euro jährlich, ermäßigt* 30 Euro
- als förderndes Mitglied (ohne Stimmrecht) — Mitgliedsbeitrag ab 30 Euro jährlich

Nachname

Vorname

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

Mobil

Email

Geburtstag

Ich bin damit einverstanden,

- dass meine Anschrift in der internen Adressenliste des Vereins veröffentlicht wird.
 - dass meine Daten von heilende Stadt elektronisch verarbeitet werden. Sie werden nicht an Dritte weitergegeben.
- Die Satzung habe ich erhalten.

Ort, Datum Unterschrift

Einzugsermächtigung**

Ich möchte, dass mein jährlicher Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ €
von meinem unten angegebenen Konto abgebucht wird. Über den Beitrag erhalte ich eine Rechnung.

Meine Bank

IBAN

BIC

Ort, Datum Unterschrift (Kontoinhaber)

* Die Ermäßigung gilt für Schüler, Auszubildende, Studenten, Arbeitslose und Rentner. Mitglieder unter 15 Jahre sind beitragsfrei. Bitte um Vorlage eines entsprechenden Nachweises für die Ermäßigung.

** Die Einzugsermächtigungen kann jederzeit widerrufen werden. Wenn Ihr Konto nicht ausreichend gedeckt ist, ist Ihr Geldinstitut nicht verpflichtet, den Betrag einzulösen. Kosten, die durch Nichteinlösung entstehen, sind vom Mitglied zu tragen.

Bitte senden an:

▷ Adressfeld formatiert für Fensterumschlag DIN lang

heilende Stadt e.V.
c/o Heilgarten Hamburg
August-Kirch-Straße 55
22525 Hamburg

Fon 0160 99 11 48 99

info@heilendestadt.de

www.heilendestadt.de