

**"Hand in Hand" Seniorenhilfe Hainburg e.V.**

**Beitrittserklärung**

**Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zur "Hand in Hand" Seniorenhilfe Hainburg e.V.**

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Familienname:.....

Vorname: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

Telefon: .....

Geburtsdatum: .....

Ehemaliger Beruf: .....

Noch berufstätig? Ja / nein (bitte kennzeichnen)

Mitgliedsbeitrag: Euro 9,00

+ jährliche Spende: Euro .....

Insgesamt: Euro .....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass diese Angaben in der Mitgliedsdatei gespeichert werden.

**"Hand in Hand" Seniorenhilfe Hainburg e.V.**

**Wer benötigt Hilfe?**

**Ich benötige Hilfe**

[ ] gelegentlich

[ ] regelmäßig

bei: .....

**Ich möchte aktives Mitglied werden und interessiere mich für folgende Tätigkeiten:**

(Bitte ankreuzen)

- 1 Büro-Sprechstunden ..... [ ]
- 2 Besuchsdienst ..... [ ]
- 3 Begleitung zu Ärzten und Behörden ..... [ ]
- 4 Begleitung auf Spaziergängen ..... [ ]
- 5 Einkäufe ..... [ ]
- 6 Blumen gießen ..... [ ]
- 7 Verteilerdienste ..... [ ]
- 8 Kleine Reparaturhilfen ..... [ ]
- 9 Korrespondenz/Anträge, Behördenschriftwechsel ..... [ ]
- 10 Sonstiges (was?) ..... [ ]

**Ich möchte passives Mitglied werden** ..... [ ]

**"Hand in Hand" Seniorenhilfe Hainburg e.V.**

c/o Astrid Goll, Kappesweg 13, 63512 Hainburg

Gläubiger-Identifikationsnummer DE52ZZZ00000084587

**SEPA-Lastschriftmandat**

Mandatsreferenz

Ich ermächtige die "Hand in Hand" Seniorenhilfe Hainburg e.V., den von mir zu entrichtenden

Mitglieds-Jahresbeitrag von Euro 9,00 bzw. Euro 18,00 (bei Eheleuten)

+ eine jährliche Spende von

= insgesamt

von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der "Hand in Hand" Seniorenhilfe Hainburg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Beitrag wird am 15. April jeden Jahres oder am darauf folgenden Bankarbeitstag eingezogen. Für danach eintretende Mitglieder erfolgt der Einzug jeweils zum 15. November oder am darauf folgenden Bankarbeitstag.

Hinweis: 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.

.....  
Vor- und Nachname des Kontoinhabers

.....  
Straße und Hausnummer, PLZ und Ort

IBAN: DE .....

BIC (8 oder 11 Stellen) .....

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift Kontoinhaber