

Ich werde SBA Kompetenzzentrum Frühe Hilfe e.V. Fördermitglied

Mit Ihrer Fördermitgliedschaft unterstützen Sie Schwangere, Familien mit Babys von 0-3 Jahren in Berlin und Hamburg.

Die Fördermitgliedschaft können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden.

Sie erhalten alle Informationen zu Ihrer Mitgliedschaft per Mail.

SBA Kompetenzzentrum – Fördermitglied werden ist ganz einfach und dauert nur wenige Minuten.

1. Zusatzangaben:

Mein jährlicher Förderbeitrag, bitte ankreuzen

25 Euro

40 Euro

50 Euro

Anderer Betrag in Euro

Schenken Sie Sicherheit – mit Ihrer SBA Kompetenzzentrum – Fördermitgliedschaft!

2. Meine Adressdaten, bitte ankreuzen

Privatperson

Firma

Frau

Herr

Familie

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

E-Mail-Adresse**Telefonnummer****3.Meine Kontodaten**

Bank

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Abbuchung jährlich.

Hinweis zur Abbuchung: Wir ziehen jeweils **am 1.3. des Jahres** ein.

Ihr SEPA-Mandat wird zum nächstmöglichen Termin im Folgemonat ausgeführt.

Ort / Datum:

Unterschrift: _____

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige SchreiBabyAmbulanz Kompetenzzentrum Frühe Hilfe e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von SchreiBabyAmbulanz Kompetenzzentrum Frühe Hilfe e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Der Mitgliedsbeitrag für 1 Jahr wird jeweils am 1. März eingezogen. Fällt dieser nicht auf einen Bankarbeitstag, erfolgt der Einzug am unmittelbar darauf folgenden Bankarbeitstag.

Zahlungsempfänger:

Name / Firma	SchreiBabyAmbulanz Kompetenzzentrum Frühe Hilfe e.V.
Strasse	Weizenkamp 16 A
Postleitzahl	22081
Ort	Hamburg
Land	Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer	

Zahlungspflichtiger:

Name / Firma	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
Hausnummer	<input type="text"/>
Postleitzahl	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>

Ausführungsmodalitäten

Wiederkehrende SEPA-Lastschrift

Art des Mandats

SEPA Direct / SEPA-Basis-Lastschrift (früher „ Einzugermächtigung“)

Ort / Datum:

Unterschrift: _____

Bitte das vollständig ausgefüllte Beitrittsformular und das ausgefüllte SEPA Lastschriftmandat ausdrucken und unterschrieben an:

SchreiBabyAmbulanz Kompetenzzentrum Frühe Hilfe e.V. c/o Imke Rathmann, Weizenkamp 16 A, 22081 Hamburg senden.