

# Antrag auf Mitgliedschaft

Hofprojekt e.V.  
Naumannstraße 12  
10829 Berlin

Hiermit beantrage ich:

- „Mitglied“ (Jahresbeitrag 150,00 Euro)
- „Fördermitglied“ (Jahresbeitrag mindestens 240,00 Euro)
- „Hoffreund“ (selbstgewählter Jahresbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro)

info@hofprojekt.org  
www.hofprojekt.org

im Verein „Hofprojekt e.V.“ zu werden.

Kontoverbindung:

Hofprojekt e.V.

Kontonummer: 1020077630

BLZ: 12030000

DKB

**Ich erkenne die Satzung des Vereins und die untenstehenden allgemeinen Hinweise an und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Mitgliedsdaten für vereinsinterne Zwecke per EDV gespeichert werden.**

---

Name, Vorname

Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

---

E-Mail

Telefonnummer

---

Ort, Datum

Unterschrift

Allgemeine Hinweise:

- Zu den Mitgliederversammlungen wird satzungsgemäß schriftlich per Post oder E-Mail eingeladen. Ebenso werden Informationen über Veränderungen und Beschlüsse auf diesem Wege versandt. Jedes Mitglied muss daher dafür Sorge tragen, dass die dem Verein gemeldeten Kontaktdaten aktuell sind.
- Der Beitrag ist zum Gründungsdatum des Vereins, zum 6. März, fällig.
- Handelt es sich um den ersten Beitrag nach Vereinsbeitritt, ist der Beitrag innerhalb von 60 Tagen nach Eintritt fällig.
- Auf Wunsch und nach Absprache mit dem Schatzmeister können alle Mitglieder und Fördermitglieder Halbjahresbeiträge bezahlen. Fällig werden die Beiträge dann zum 6. März und 1. September.

---

(Vom Vorstand auszufüllen) Dieser Antrag wurde von der \_\_\_\_ Mitgliederversammlung

angenommen.

abgelehnt.



# Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich \_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift)

den Verein Hofprojekt e.V., Naumannstr. 12, 10829 Berlin,

den Spendenbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

- monatlich
- vierteljährlich im Voraus
- jährlich im Voraus
- einmalig

von folgendem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Hofprojekt e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Name der Bank/Sitz des Kreditinstituts \_\_\_\_\_

Bankleitzahl \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_

Kontoinhaber/in \_\_\_\_\_

Die Einzugsermächtigung ist bis zu meinem Widerruf gültig.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum, Unterschrift des Kontoinhabers)

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

