



Schwesternhausverein e.V.  
 — ein selbstverwaltetes Studierendenwohnheim —

Schwesternhausstr. 10/2a  
 30173 Hannover  
 Tel u. Fax (0511) 852179  
 verein@schwesternhaus.de  
 www.schwesternhaus.de

Schwesternhausverein e.V. • Schwesternhausstr. 10/2a • 30173 Hannover

## Beitrittserklärung zum Schwesternhausverein e.V.

(Bitte leserlich schreiben)

Vollständig ausgefüllt in den Bürobrieffkasten werfen (Whg 2a)

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16ZZZ00000546761**

Hiermit beantrage ich,

**Mandatsreferenz:**

(Wird nach Bearbeitung mitgeteilt)

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

- |                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| Für interne Bearbeitung  |                      |
| <input type="checkbox"/> | Lastschrift SFirm    |
| <input type="checkbox"/> | Daten in Karthago    |
| <input type="checkbox"/> | Mitglied Karthago    |
| <input type="checkbox"/> | E-Mail AS-Amt        |
| <input type="checkbox"/> | Mandatsref. Mitglied |

die Mitgliedschaft im Schwesternhausverein e.V.

Ich erkenne die Satzung des Vereins an und Stimme zu, dass der Vereinsbeitrag in der von mir gewählten Höhe automatisch per SEPA-Lastschriftmandat von meinem Konto anteilig pro Quartal eingezogen wird.

Bitte gewünschte Mitgliedschaft ankreuzen:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Normale Mitgliedschaft | <input type="checkbox"/> Mitgliedschaft Plus | <input type="checkbox"/> Fördermitgliedschaft |
| - 10 €pro Quartal                               | - 20 €pro Quartal                            | - _____ €pro Quartal                          |
| - Volle Stimmberechtigung                       | - Volle Stimmberechtigung                    | - Betrag frei wählbar                         |
| - Arbeitsstundenerlass (1 pro Monat)            | - Arbeitsstundenerlass (1 / Monat)           | - Unter 10€kein AS-<br>Erlass / Stimmrecht    |
|   | - Ehrenmitgliedschaft                        |   |

## SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Schwesternhausverein e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Schwesternhausverein e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung (Quartalsweise)

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
 (Kontoinhaber)

Adresse \_\_\_\_\_  
 (Falls abweichend)

IBAN 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Kontoinhabers

Damit dich auch nach deinem Auszug die Vereinspost noch sicher erreicht, gib bitte noch eine Heimat-/Elternadresse an:

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_