

### Mitgliedsantrag

Hiermit erkläre ich mich bereit, Mitglied des pro familia Landesverband Hamburg e.V. zu werden.  
Ich werde den satzungsgemäßen Jahresbeitrag von € 55,00 entrichten.  
Ich werde den verminderten Jahresbeitrag (gering. Einkommen) von € 30,00 entrichten.  
Die satzungsgemäßen Ziele des pro familia Landesverbandes Hamburg e.V. sind mir bekannt.

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Geb. Datum \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift \_\_\_\_\_

----- ⚔ ----- ⚔ -----  
**SEPA-BASIS-LASTSCHRIFTMANDAT**

Ich/Wir ermächtige(n) den pro familia Landesverband Hamburg e.V., Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/ unser Kreditinstitut an, die von pro familia Landesverband Hamburg e.V. auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

KontoinhaberIn \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut \_\_\_\_\_  
BIC \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
Betrag \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift \_\_\_\_\_