Ihr Ansprechpartner: Halona for Dogs e.V.
Sabine Hartmann , Kassenwartin

| Mitgliedsnummer (vom Verein auszufüllen) |
| --- |
| |

# Fördermitgliedschaft

Bitte drucken Sie dieses Formular aus und schicken es uns unterschrieben per Post an unseren Kassenwart:

**Sabine Hartmann, Redderkoppel 13b, 22399 Hamburg**

oder per Email an **sabine.hartmann@halonafordogs.de**

Hiermit beantragen Sie eine Fördermitgliedschaft. Sie übernehmen somit einen festen Förderbetrag pro Jahr, den Sie sich selbst festlegen können. Ab 30,-/ Jahr ist alles möglich. Diese verhilft uns durch Ihre finanzielle Unterstützung neue Projekte wie z.B. Kastrationsprojekte, Umbauten etc. planen und durchführen zu können. Sie werden jährlich zu unserer Mitgliederversammlung eingeladen, um über Neuigkeiten und Projekte informiert zu werden. Sie selber haben durch die Mitgliedschaft keinerlei weitere Verpflichtungen.

Der Beitrag der Fördermitgliedschaft ist im Monat des Abschlusses für das laufende Jahr, danach jeweils im Januar des Folgejahres fällig. Bitte füllen Sie einfach das angehängte Lastschriftmandat aus und senden es an die oben angegebenen Daten. Danke!

**Halona for Dogs e.V.**
**DE51 2005 0550 1500 7524 62**
**HASPDEHHXXX**

Mindestbeitrag: **30€/Jahr** Persönlicher Jahresbeitrag: _____ Euro

**Persönliche Daten:**

Herrn/Frau: _____

Geb.-Datum:_____ ☎:_____

Straße/Haus-Nr.:_____PLZ/Ort:_____

Email*:_____

*Bitte geben Sie unbedingt Ihre Email an, damit wir Ihnen eine Kopie des Antrags, sowie Ihre Mitgliedsnummer unkompliziert zukommen lassen können.

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

☐ Ich habe die Satzung und die Erklärung zum Datenschutz auf der Homepage von „Halona for Dogs e.V.“ gelesen und akzeptiere diese. Weitere Informationen finden Sie u.a. unter www.bmjv.de.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Fördermitglied

# Halona for Dogs e.V.

**Ihr Ansprechpartner(in):**
Mariella Regorz
Sthamerstr. 55
22397 Hamburg

+491713203272
info@halonafordogs.de

IBAN des Vereins:
DE51200505501500752462

Gläubiger ID des Vereins:
DE56ZZZ00002334042

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den oben angegebenen Verein unter Angabe der unten angebenen Mandatsreferenz, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von diesem Verein 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.

**Mandatsreferenz: VM20208271254551**

*Bitte im folgende Angaben ausfüllen*

_____
*Vorname und Nachname des Mitglieds*

_____
*Strasse des Mitglieds*

_____
*PLZ / Ort des Mitglieds*

_____
*Name des Kontoinhabers (nur anzugeben, wenn dieser vom Name des Mitglieds abweicht)*

DE _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _

_____ _____ _____
*Ort* *Datum* *Unterschrift des Kontoinhabers*