

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur CED-Hilfe e.V. Hamburg,  
 Brauhausstieg 15-17, 22041 Hamburg  
 o als ordentliches Mitglied ( 36,00 € / Jahr)  
 o als förderndes Mitglied (36,00 € / Jahr)  
 o ich bin Arbeitslose(r), Sozialhilfeempfänger(in), Schüler(in), Studentin(in),  
 (ermäßigter Beitrag v. 18,00 € / Jahr / Bitte Nachweis beifügen!)

**Ordentliche Mitglieder** können nur sein:  
 - von Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn Betroffene,  
 - Eltern minderjähriger Betroffener, sofern diese nicht in der Lage sind, sich selbst zu vertreten.  
**Fördernde Mitglieder** können natürliche oder juristische Personen sein.  
 Sie unterstützen den Verein ideell oder materiell.  
 Für freiwillige höhere Spenden sind wir sehr dankbar.

Das Geschäftsjahr des Vereins ist das Kalenderjahr.  
**Die Jahresbeiträge sind jeweils zum 1. Februar fällig.**  
 Für Mitgliedschaften, die während des Kalenderjahres beginnen, wird der Mitgliedsbeitrag gekürzt.  
 Die Mitgliedschaft kann jeweils zum Jahresende gekündigt werden. Eine evtl. Kündigung muss bis zum 30.11. des betr. Jahres beim Verein eingegangen sein.

**Bankverbindung für Mitgliedsbeiträge und Spenden:**  
 Hamburger Sparkasse („Haspa“) IBAN: DE71 20050550 1214121079

Vorname, Name: .....

E-Mail:.....

Straße, Hausnummer:.....

PLZ, Ort: .....

Geburtsdatum: .....Telefon:.....

Den ersten Mitgliedbeitrag werde ich auf das angegebene Konto bei der Haspa überweisen (Bitte erst nach gesonderter Aufforderung durchs Begrüßungsschreiben).

Mir ist bekannt, dass die mich betreffenden Daten erhoben, gespeichert und verarbeitet werden, soweit sie für die Mitgliedschaft, die Betreuung und die Verwaltung der Vereinsziele erforderlich sind und bin damit einverstanden.

Für die folgenden Jahresbeiträge erteile ich  
 der CED-Hilfe e.V. eine **Einzugsermächtigung:**

Gläubiger-Identifikationsnummer CED-Hilfe e.V.:

DE37ZZZ00000833600

Mandatsreferenz (wird von der CED-Hilfe ausgefüllt):

### **Kontoinhaber/in und Bankverbindung**

Name	Vorname	Betrag
BLZ	Kto.-Nr.	Kreditinstitut
IBAN (22 Stellen)		
DE		
<p><b>Einzugsermächtigung:</b>                  Ich ermächtige die CED-Hilfe e.V. Hamburg widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.</p> <p><b>SEPA-Lastschriftmandat:</b>                  Ich ermächtige die CED-Hilfe e.V. Hamburg, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der CED-Hilfe e.V. Hamburg auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.</p> <p><b>Hinweise:</b>                  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.</p>		

Ort	Datum	<u>Unterschrift</u>
-----	-------	---------------------

-----  
 (Ort)

-----  
 (Datum)

-----  
 (Unterschrift)