



## Aufnahmeantrag Raumpatenschaft

Wir für Niendorf e.V.  
ALTE SCHULE Tibarg 34

Hiermit übernehme ich eine Raumpatenschaft für den Verein „Wir für Niendorf e.V.“.

Name, Vorname:.....

Institution:.....

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

Straße, Hausnummer:.....

PLZ, Ort:.....

E Mail:.....

Der Mindestbeitrag für eine Raumpatenschaft beträgt 5,- Euro pro Monat (die Warmmiete pro Quadratmeter beträgt ca. 20,- €).

Die Mindestlaufzeit einer Patenschaft beträgt 1 Jahr. Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate.

Mit einer Raumpatenschaft werde ich NICHT automatisch Mitglied im Verein „Wir für Niendorf“. Eine Mitgliedschaft kann separat beantragt werden.

Ich zahle den Mindestbeitrag  in Höhe von 60,- EURO jährlich.  
 in Höhe von 5,- EURO monatlich.

Ich zahle einen selbst gewählten Beitrag  in Höhe von ..... EURO jährlich.  
 in Höhe von ..... EURO monatlich.

### **Zutreffendes bitte jeweils ankreuzen!**

Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner Personenbezogenen Daten durch den Verein gemäß der Datenschutzgrundverordnung bin ich einverstanden.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....

**Wir freuen uns, Sie als Raumpate von „Wir für Niendorf e.V.“ zu begrüßen!**



## Einzugsermächtigung für die Raumpatenschaft

Wir für Niendorf e.V.  
ALTE SCHULE Tibarg 34

Sie würden unsere Arbeit erleichtern, wenn Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen. Diese ist jederzeit widerrufbar. Sollten Sie keine Einzugsermächtigung wünschen, werden wir Ihnen die Bankdaten des Vereins per E-mail zukommen lassen.

### Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Wir für Niendorf e.V.  
Sachsenweg 2, 22455 Hamburg

### Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) Mandatsreferenz (5-stellig)

DE12ZZZ00002317374

WFN

### SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)

Ich/Wir ermächtige(n) „Wir für Niendorf e.V.“, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von „Wir für Niendorf 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber\*in (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):

.....  
.....

Kreditinstitut:.....

IBAN:.....

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....