



Mitgliedsformular

wellcome-Förderkreis

Ja, ich will Mitglied im wellcome-Förderkreis werden. Ich werde mit einer Spende in Höhe von Euro/Jahr (mindestens 60 Euro/Jahr) die wellcome gGmbH unterstützen. Eine Kündigung meiner Mitgliedschaft ist jederzeit zum Ablauf eines Monats möglich.

Hiermit ermächtige ich die wellcome gGmbH per SEPA-Lastschriftmandat den Beitrag für den wellcome-Förderkreis von meinem unten aufgeführten Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto gezogene/n Lastschrift/en einzulösen. 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.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE68XXX00000076151

Mandatsreferenz:

Euro Jahresbeitrag (der Mindestbetrag liegt bei 60 Euro jährlich pro Person)

Ich zahle den oben genannten Jahresbeitrag in folgenden Raten:

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Name

Straße

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Ja, ich möchte eine Spendenbescheinigung an obige Adresse geschickt bekommen.

Ja, ich möchte weitere Informationen von wellcome erhalten.

Ort / Datum / Unterschrift

wellcome gGmbH | Hoheluftchaussee 95 | 20253 Hamburg

Geschäftsführung: Rose Volz-Schmidt (geschäftsführende Gesellschafterin), Eva Pertzborn, Kirsten Harnisch-Eckert |

Sitz: Hamburg | Amtsgericht Hamburg: HRB 97440 | Steuernummer: 17/451/06540 | Geschäftskonto: Bank für

Sozialwirtschaft | IBAN DE50 2512 0510 0004 4078 00 | BIC BFSWDE33HAN