

HIERMIT ERKLÄRE ICH  
MEINEN EINTRITT  
in die **Mozart-Gesellschaft Hamburg e.V.** als



**Mozart  
Gesellschaft  
Hamburg**

- Einzelmitglied
- Förderndes Mitglied: freiwilliger Mitgliedsbeitrag von € \_\_\_\_\_ pro Jahr  
Der Verein ist berechtigt, Spendenquittungen auszustellen
- Kooperatives Mitglied: freiwilliger Mitgliedsbeitrag von € \_\_\_\_\_ pro Jahr  
Der Verein ist berechtigt, Spendenquittungen auszustellen

Name der Institution: \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_  
Name Vorname

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_  
(freiwillige Angabe, wir interessieren uns für die Altersstruktur unserer Gesellschaft)

**Straße/Hausnummer:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_  
(freiwillige Angabe) Festnetz mobil

**E-Mail:** \_\_\_\_\_  
Unsere Kommunikation läuft hauptsächlich digital über E-Mails (Einladungen zur Mitgliederversammlung, Ankündigungen, News des Vereins etc.)  
 Ich möchte per E-Mail über die Aktivitäten der Mozart-Gesellschaft Hamburg informiert werden

**Bankverbindung:**

**IBAN:** DE \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

**BIC:** |\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| \_\_\_\_\_  
(Kontoinhaber:in)

- Ich ermächtige die Mozart-Gesellschaft Hamburg, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Banklastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Mozart-Gesellschaft Hamburg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Die Mitgliedschaft kann mit einer vierwöchigen Frist jeweils zum 31.12. eines Jahres gekündigt werden.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

**Unterschrift**

Mozart-Gesellschaft Hamburg e.V.  
info@mozarthamburg.de

**Unterschrift Zahlungspflichtige:r**

Am Hehsel 2, 22339 Hamburg  
www.mozarthamburg.de