

# Tierschutz Flensburg und Umgebung e.V.

Westerallee 138, 24941 Flensburg

**Tierheim:** Telefon 0461-51598

montags bis freitags von 09:00 bis 11:00 und 15:00 bis 17:00 Uhr

samstags/sonntags: vormittags geschlossen!! nachmittags von 15:00 bis 17:00 Uhr

**Geschäftsstelle:** Telefon 0461-582744

montags bis freitags von 8.00 bis 12.00 Uhr

## Antrag auf Familien-Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich für mich, meine/n Partner/in und für **mindestens ein** im selben Haushalt lebenden minderjährigen Kind die Aufnahme in den **Tierschutz Flensburg und Umgebung e.V.** und verpflichte mich, den jährlich wiederkehrenden fälligen Mindest-Jahres-Beitrag zu zahlen.

**Kündigung/Austritt lt. Satzung § 7, Absatz 2:**

**nur zum Schluss eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Straße/Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

2. Name \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

3. Name \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

4. Name \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

5. Name \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Jahresbeitrag (Zutreffendes bitte ankreuzen):**

Mindest-Jahresbeitrag **Familie: 60,- Euro**

Ich zahle freiwillig einen Beitrag von jährlich gesamt \_\_\_\_\_ **Euro**

**Zahlungsweise:**  jährlich  ½-jährlich  ¼-jährlich

mtl. (ab 120,- jährlich)

**Zahlungsart:**  Bankeinzug  Überweisung  Barzahlung

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 27 ZZZ 00000 193 774**

Mandatsreferenz = Mitgliedsnummer (wird separat mitgeteilt)

Hiermit ermächtige ich den Tierschutz Flensburg und Umgebung e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Tierschutz Flensburg und Umgebung e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung**

**Lastschrifteinzug erstmals durchführen im Monat/Jahr \_\_\_\_\_**

**Fälligkeitsdatum: 1. Werktag des oben genannten Monats bzw.  
1. Werktag im Folgemonat nach Aufnahme**

Vor- und Nachname des Kontoinhabers, (ggf. abweichende Anschrift)

IBAN

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (8 oder 11 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_  
Name Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kto.-Inhaber

Die Mitgliedsbeiträge dienen gemeinnützigen Zwecken und sind durch das Finanzamt Flensburg als förderungswürdig anerkannt und daher steuerlich absetzbar.

Steuernummer: 15 290 70915 Register: VR 750 FL

**Bankverbindung:** Nord-Ostsee Sparkasse IBAN: DE38 2175 0000 0000 0757 79 BIC: NOLADE21NOS