



**V**erein zur  
**F**örderung  
**B**ehinderter Menschen  
in Hagen a.T.W. e.V.

Kolpingstr. 15a  
49170 Hagen a.T.W.  
Tel. 05405/8496  
[www.vfb-hagen.de](http://www.vfb-hagen.de)

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in den Verein zur Förderung behinderter Menschen in Hagen a.T.W. e.V. und bestätige den Empfang Ihrer Vereinssatzung.

Tag der Aufnahme: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Nummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Der Mindestbeitrag beträgt für das erste Familienmitglied zurzeit 24 Euro, für weitere 12,00 Euro pro Kalenderjahr und wird gemäß der beigefügten Einzugsermächtigung von dem dort genannten Konto zugunsten des Vereins abgebucht.

Wenn Sie einen höheren Mitgliedsbeitrag zugunsten des Vereins leisten möchten, geben Sie ihren persönlichen Mitgliedsbetrag bitte nachfolgend an.

Betrag in Euro: \_\_\_\_\_

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift



**V**erein zur  
**F**örderung  
**B**ehinderter Menschen  
in Hagen a.T.W. e.V.

**1. Vorsitzender**  
Bernhard Koch  
Kolpingstr. 15a  
49170 Hagen a.T.W.  
Tel. 05405 8496

**2. Vorsitzende**  
Elisabeth Dierker  
Natruper Str. 71  
49170 Hagen a.T.W.  
Tel. 05405 7785

**Beisitzerin**  
Gisela Hülsmann  
Loheiden Knapp 8  
49170 Hagen a.T.W.  
Tel. 05401 99565

**Beisitzerin**  
Kornelia Moendt  
Holperdorper Str. 18  
49170 Hagen a.T.W.  
Tel. 05405 8467

**Beisitzerin**  
Marlies Püning  
Heckmanns Kamp 18c  
49170 Hagen a.T.W.  
Tel. 05405 8484

**Beisitzerin**  
Theresa Kahle  
Heckmanns Kamp 18b  
49170 Hagen a.T.W.  
05405 8373



**V**erein zur  
**F**örderung  
**B**ehinderter Menschen  
in Hagen a.T.W. e.V.

Kolpingstr. 15a  
49170 Hagen a.T.W.  
Tel. 05405/8496  
[www.vfb-hagen.de](http://www.vfb-hagen.de)

## Einwilligung

Hiermit willige ich ein, dass der Verein zur Förderung behinderter Menschen in Hagen a.T.W. e.V. Personenabbildungen, personenbezogene Daten oder Film- und Tonaufnahmen von mir auf der Internetseite des Vereins ([www.vfb-hagen.de](http://www.vfb-hagen.de)) veröffentlichten darf.

Die Zustimmung ist unbefristet erteilt. Sie kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs werden die Daten unverzüglich gelöscht. Soweit die Einwilligung nicht widerrufen wird, gilt sie zeitlich unbeschränkt.

Der Betreiber der oben genannten Website haftet nicht dafür, dass Dritte ohne das Wissen des Vereins den Inhalt der Webseite für weitere Zwecke nutzen.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift



**V**erein zur  
**F**örderung  
**B**ehinderter Menschen  
in Hagen a.T.W. e.V.

**1. Vorsitzender**  
Bernhard Koch  
Kolpingstr. 15a  
49170 Hagen a.T.W.  
Tel. 05405 8496

**2. Vorsitzende**  
Elisabeth Dierker  
Natruper Str. 71  
49170 Hagen a.T.W.  
Tel. 05405 7785

**Beisitzerin**  
Gisela Hülsmann  
Loheiden Knapp 8  
49170 Hagen a.T.W.  
Tel. 05401 99565

**Beisitzerin**  
Kornelia Moendt  
Holperdorper Str. 18  
49170 Hagen a.T.W.  
Tel. 05405 8467

**Beisitzerin**  
Marlies Püning  
Heckmanns Kamp 18c  
49170 Hagen a.T.W.  
Tel. 05405 8484

**Beisitzerin**  
Theresa Kahle  
Heckmanns Kamp 18b  
49170 Hagen a.T.W.  
05405 8373

## SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

**VFB**  
**Verein zur Förderung behinderter**  
**Menschen in Hagen a.T.W. e.V.**  
**Kolpingstr. 15a**  
**49170 Hagen a.T.W.**

**Deutschland**



Gläubiger-Identifikationsnummer  
Verein zur Förderung behinderter Menschen in Hagen a.T.W. e.V.

**DE62ZZZ00000821995**

Ihre Mandatsreferenz

**Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Verein zur Förderung behinderter Menschen in Hagen a.T.W. e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Verein zur Förderung behinderter Menschen in Hagen a.T.W. e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.**

Zahlungsart

**Wiederkehrende Zahlung (Vereinsbeitrag)**

Name des Zahlungspflichtigen

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

### Angaben zu Ihrer Kontoverbindung

Kontoinhaber (falls abweichend vom oben eingetragenen Zahlungspflichtigen)

Sie können die Angaben zu Ihrer Kontoverbindung entweder über Kontonummer und Bankleitzahl **oder** über BIC und IBAN machen:

**Konto:**

**BIC:**

**Bankleitzahl:**

**IBAN: DE**

**Kreditinstitut**

**Ort, Datum**

**Unterschrift des Zahlungspflichtigen**