



Ambulante
Versorgungsbrücken e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich eine Mitgliedschaft im Verein Ambulante Versorgungsbrücken e.V.
(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Beiträge pro Jahr

☐

60 Euro Einzelmitgliedschaft

☐

85 Euro Familienmitgliedschaft

☐

_____ freiwillige Monatsspende (zusätzlich)

☐

Zeitspende (Wenn Sie sich für ein Ehrenamt entscheiden,
können wir Ihnen eine beitragsfreie Mitgliedschaft anbieten.)

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Ambulante Versorgungsbrücken e.V.

Humboldtstraße 126, 28203 Bremen

Telefon 0421 – 69 64 200

info@ambulante-versorgungsbruecken.de

www.ambulante-versorgungsbruecken.de

Sparkasse Bremen

IBAN DE69 2905 0101 0080 1865 62

BIC SBREDE22XXX

USt-IdNr: VR 7366 HB

Steuernummer: 460/145/09958

Vorstand: Dr. H.-G. Güse



Ambulante
Versorgungsbrücken e.V.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein Ambulante Versorgungsbrücken e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift zum angegebenen Fälligkeitsdatum einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Ambulante Versorgungsbrücken e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

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

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Bankinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

Kontoinhaber _____

Ort, Datum

Unterschrift

Ambulante Versorgungsbrücken e.V.

Humboldtstraße 126, 28203 Bremen

Telefon 0421 – 69 64 200

info@ambulante-versorgungsbruecken.de

www.ambulante-versorgungsbruecken.de

Sparkasse Bremen

IBAN DE69 2905 0101 0080 1865 62

BIC SBREDE22XXX

USt-IdNr: VR 7366 HB

Steuernummer: 460/145/09958

Vorstand: Dr. H.-G. Güse