

## AUFNAHMEANTRAG

Ich gehöre keiner Glaubensgemeinschaft an und möchte Mitglied im Humanistischen Verband Niedersachsen (HVN), K. d. ö. R., werden. Mein gewöhnlicher Aufenthaltsort befindet sich nicht in Niedersachsen.

Viele Angebote und Dienstleistungen werden für mich damit gebührenfrei oder vergünstigt. Im Beitrag enthalten ist auch eine Verbandszeitschrift. Bei vielen Gelegenheiten kann ich Gleichgesinnte treffen und mich aktiv ins Verbandsleben einbringen.

- Die derzeit gültige Verfassung sowie alle jeweils gültigen Ordnungen des HVD Niedersachsen und die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und akzeptiere diese.**

\_\_\_\_\_  
Familiennamen

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Mail

\_\_\_\_\_  
Mobil

Korrespondenz bitte nur  per Post  per Mail

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Bitte Beitragshöhe angeben und SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen

Die Zuordnung in Ihren Orts- bzw. Kreisverband erfolgt gewöhnlich nach Wohnsitz. Wenn Sie einen bestimmten Ort wünschen, bitte hier vermerken: \_\_\_\_\_

## BEITRAGSZAHLUNG

Der HVN ist eine den Kirchen gleichgestellte und anerkannte Weltanschauungsgemeinschaft im Sinne der Weimarer Reichsverfassung (WRV) Artikel 137 und des Artikel 140 Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland.

**Gemäß der gültigen Leistungs- und Beitragsordnung zahle ich:**

- den vollen Beitrag von derzeit 84,- Euro (A)
- den reduzierten Beitrag von derzeit 42,- Euro (B)  
(der erforderliche Nachweis ist beigelegt)
- einen freiwillig erhöhten Beitrag (C)

von: \_\_\_\_\_ Euro monatlich.

Alle Beiträge sind halbjährlich oder ganzjährlich zu entrichten.

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Humanistischen Verband Niedersachsen (HVN), K. d. ö. R., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom HVN auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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. Die Mandatsreferenz entspricht meiner Mitgliedsnummer

Der von mir zu entrichtende Jahresbeitrag beträgt:

- |   |         |
|---|---------|
| <input type="checkbox"/> <b>regulär</b>                   | € 84,-  |
| <input type="checkbox"/> <b>reduziert</b>                 | € 42,-  |
| <input type="checkbox"/> <b>ich zahle freiwillig mehr</b> | € _____ |

Die Zahlungsweise erfolgt:  jährlich  halbjährlich

(WIRD ZUGEWIESEN) \_\_\_\_\_  
Ihre Mitglieds-Nr.

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers