

# Beitrittserklärung

**VEREIN VON FREUNDEN  
DES FOCKE-MUSEUMS E.V.**Tel. 0421-699 600-91  
freunde@focke-museum.deSchwachhauser Heerstraße 240  
28213 Bremen

## Ja, ich möchte Fockes Freund\*in werden

Wir freuen uns, dass Sie Mitglied im Verein von Freunden des Focke-Museums e.V. werden möchten.

### Ich/Wir möchte(n) beitreten als\*

Einzelperson (45 € jährlich)

Familie (60 € jährlich)

Ehepaar (60 € jährlich)

Firma (mind. 150 € jährlich)

Mitgliedschaft auf Lebenszeit (Einzelperson 675 €)

Mitgliedschaft auf Lebenszeit (Familie/Ehepaar 900 €)

  
  
  
  
  

### Anrede\*

Frau  Herr 

Titel \_\_\_\_\_

Vorname\* \_\_\_\_\_

Name\* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Unternehmen/  
Organisation \_\_\_\_\_

Straße/Nr.\* \_\_\_\_\_

PLZ/Ort\* \_\_\_\_\_

Telefon\* \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse\* \_\_\_\_\_

### Bei Familienmitgliedschaft bitte angeben

Name des Kindes

Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Sparkasse Bremen AG  
IBAN DE20 2905 0101 0001 0207 00  
BIC SBREDE22XXX

USt-IdNr. DE114439777

Verein von Freunden des  
Focke-Museums e.V., eingetragen  
beim Registergericht Bremen  
VR 2408 HB

Vorsitzender: Stefan Storch

Ihre Nachricht an uns

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

Bitte senden Sie meine Post

per E-Mail  per Brief

Sie möchten Ihren Mitgliedsbeitrag aufrunden? Vielen Dank!

Bitte tragen Sie den aufgerundeten Betrag hier ein (€): \_\_\_\_\_

Art der Zahlung\*

- Ich überweise nach Erhalt der Rechnung.
- Zur jährlichen Abbuchung des Mitgliedsbeitrags erteile ich Ihnen folgendes SEPA-Lastschriftmandat:

Verein von Freunden des Focke-Museums e.V.  
Schwachhauser Heerstraße 240, 28213 Bremen  
Gläubiger-ID-Nr. DE56ZZZ00000636251

Ich ermächtige den Verein von Freunden des Focke-Museums e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein von Freunden des Focke-Museums e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Der Mitgliedsbeitrag wird jeweils im Januar fällig. 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.

IBAN \_\_\_\_\_  
BIC \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Ich wurde geworben von:

Name, Vorname des Mitglieds

-----

\*Pflichtfeld