

## Beitrittsformular

Verein von Freunden  
des Focke-Museums e.V.

Tel. 0421-699 600-91  
Fax 0421-699 600-66  
Schwachhauser  
Heerstraße 240  
D-28213 Bremen

ffm@focke-museum.de  
www.focke-museum.de

**FOCKE**  
**MUSEUM**

### 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 möchte beitreten als\*

Einzelperson (45 €)     Familie (60 €)     Firma (mind. 150 €)

Anrede\*

Frau     Herr

Titel \_\_\_\_\_

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

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

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

Straße, Nr. \* \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

Sparkasse Bremen  
Konto 10 20 700  
BLZ 290 501 01

IBAN DE20 2905 0101  
0001 0207 00  
BIC SBREDE22

USt-IdNr. DE114439777

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 \_\_\_\_\_

\*Pflichtfelder