



Stadtteil-Gesundheits-Zentrum

Mahalle Sađlık Merkezi

Qendra Shendetesore per Fqinjet

حي مركز الصحة

Community Health Center

# Antrag auf Fördermitgliedschaft

Ich möchte Fördermitglied des Vereins *Gruppe für Stadtteilgesundheit und Verhältnisprävention e.V.* werden!

Mein freiwilliger  
Mitgliedsbeitrag:

\_\_\_\_\_ Euro  
(Mindestsumme:  
15 €/ vierteljährlich)

Name

---

Vorname

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort

---

Ich möchte den Beitrag

- jährlich  
 halbjährlich  
 vierteljährlich

Telefon:

---

Email:

---

Die Angabe von Telefonnummer und Emailadresse ist freiwillig. Bei Rückfragen erleichtern Sie uns die Arbeit deutlich.

- per SEPA-Basis-Lastschriftmandat zahlen  
(bitte zusätzlich die Einzugsermächtigung auf der nächsten Seite ausfüllen)
- Ich möchte Informationen über die Poliklinik Veddel per Email erhalten.
- Ich benötige eine Spendenquittung

Datum, Unterschrift

---

Bitte komplett ausgefüllt und  
unterscrieben zurückschicken an:  
Poliklinik Veddel  
Am Zollhafen 5B  
20539 Hamburg  
oder per Email an [info@poliklinik1.org](mailto:info@poliklinik1.org)

Der Verein *Gruppe für Stadtteilgesundheit und Verhältnisprävention e.V.* ist als gemeinnützig vom Finanzamt Hamburg-Nord anerkannt (Bescheid vom 20.04.2021). Folgende gemeinnützige Zwecke werden vom Verein verfolgt: Förderung von Wissenschaft & Forschung (§ 52 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 AO) und Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege (§ 52 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 AO). Spenden sind steuerlich absetzbar. Die Spendenbescheinigungen werden kurz nach dem Jahreswechsel zugeschickt.

# SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die *Gruppe für Stadtteilgesundheit und Verhältnisprävention e.V.*, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Gruppe für Stadtteilgesundheit und Verhältnisprävention e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: 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.

Kontoinhaber\*in

---

Kontonummer/IBAN

---

BLZ/BIC

---

Name, Vorname  
(falls abweichend)

---

Straße, Hausnummer

---

Postleitzahl, Wohnort

---

Erstmaliger Einzug bitte ab dem \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift

---

Gruppe für Stadtteilgesundheit und Verhältnisprävention e.V.  
Am Zollhafen 5B, 20539 Hamburg  
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00001983658  
Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt