



## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum  
Schleswig-Holsteinischen Heimatbund

mit Wirkung vom: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Monatsbeitrag/€: \_\_\_\_\_

(Mindestbeitrag lt. Satzung: ) 5,00 €

---

---

Ich bin damit einverstanden, dass der Betrag von meinem Konto

bei \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

abgebucht wird. Diese Ermächtigung gilt bis auf Widerruf.

---

---

Ich zahle per Überweisung auf das Konto des SHHB bei  
der Kieler Volksbank eG BIC GENO DEF1KIL   
IBAN DE95 2109 0007 0034 1862 12

---

Datum

Unterschrift

---