

## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft  
in der

Synagogengemeinde Berlin  
Sukkat Schalom e.V.

Die Mitgliedschaft wird nach Bestätigung  
durch den Vorstand und Zahlung des  
ersten Mitgliedsbeitrags wirksam.  
Die Höhe des Beitrags bestimme ich selbst.  
(mindestens € 18,- p.a.)

Ich zahle einen **Jahresbeitrag** in Höhe von

€

- Ich bin jüdisch und möchte  
Mitglied werden.
- Ich bin Mitglied der  
Jüdischen Gemeinde zu Berlin
- Ich bin Mitglied der jüdischen  
Gemeinde: \_\_\_\_\_
- Ich möchte Fördermitglied  
werden.

(Entsprechendes bitte ankreuzen)

Der Jahresbeitrag wird im ersten Jahr  
nach Bestätigung der Mitgliedschaft,  
in den Folgejahren jeweils bis zum 31.03.  
per SEPA- Lastschrift erhoben.

Berlin, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers

Den ausgefüllten Antrag und das SEPA- Lastschrift- Formular bitte beim Vorstand abgeben oder  
per Post an Synagogengemeinde Berlin Sukkat Schalom, Charlottenburger Str. 3, 14169 Berlin senden.

**Der Antrag kann nur nach Vorliegen der umseitig ausgefüllten Datenschutzerklärung bearbeitet werden!**

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

Vorname(n)\* \_\_\_\_\_

Namenszusatz  
(Titel, akad. Grad o.ä.) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_

Jüdischer Name, wenn vorhanden  
\_\_\_\_\_ ben/bat \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E- Mail \_\_\_\_\_

Im Krankheitsfall möchte ich \_\_\_\_\_ ja\*\*  
kontaktiert werden. \_\_\_\_\_ nein

\* Pflichtfelder  
\*\* Kontakt nur nach Bekanntgabe der  
Erkrankung möglich.

Wird vom Verein ausgefüllt

Aufnahme am \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Unterschrift des Vorstandes