

Ortsverband Darmstadt der Angehörigen psychisch Kranker e.V.



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum

Ortsverband Darmstadt der Angehörigen psychisch Kranker e.V.

Ich möchte Mitglied im Ortsverband Darmstadt der Angehörigen psychisch Kranker e.V. werden.
Der Jahresbeitrag beträgt 20,—Euro.

Ich möchte gleichzeitig Mitglied im „Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker e.V.“
und im „Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.“ werden.

Der Jahresbeitrag beträgt hierfür insgesamt 50,— Euro. Davon werden 30,— Euro an den Landes- und
Bundesverband abgeführt.

(Zutreffendes bitte ankreuzen!)

Vor- und Zuname:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

e-Mail:

Ich bin damit einverstanden, dass

der Beitrag von 20,— Euro jährlich am 01.03.,

bzw. der Beitrag von 50,— Euro jährlich in zwei Raten zu je 25,— Euro am 01.03. und am 01.09.

von meinem Konto bei

(Name des Kreditinstituts)

abgebucht wird. Dazu erteile ich das umseitige SEPA-Lastschriftmandat.

Eine Spendenbescheinigung wird

gewünscht

nicht gewünscht.

Eine Satzung des Ortsverbands habe ich

erhalten

nicht erhalten.

Eine Durchschrift oder Kopie der
Beitrittserklärung habe ich

erhalten

nicht erhalten.

Datenschutz: Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung
gespeichert werden.

.....
Ort und Datum, Unterschrift:

Ortsverband Darmstadt der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
c/o Karen Böhling
Berliner Straße 15
64832 Babenhausen

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE18ZZZ00001155982

Mandatsreferenz:
(wird vom Ortsverband vergeben)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Ortsverband Darmstadt der Angehörigen psychisch Kranker e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Ortsverband Darmstadt der Angehörigen psychisch Kranker e.V. gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC) | _____

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _
IBAN

Ort und Datum, Unterschrift des Kontoinhabers