

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 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!)

Datum des Beitritts:

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	<input type="checkbox"/>	nicht gewünscht.	<input type="checkbox"/>
Eine Satzung des Ortsverbands habe ich	erhalten	<input type="checkbox"/>	nicht erhalten.	<input type="checkbox"/>
Eine Durchschrift oder Kopie der Beitrittserklärung habe ich	erhalten	<input type="checkbox"/>	nicht erhalten.	<input type="checkbox"/>

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