

Aufwind e.V. Hilfen für Psychiatrie-Erfahrene Beitrittserklärung



p.A. des 1. Vorsitzenden: Reiner Hager,
Haidecker Straße 16 A, 95145 Oberkotzau

Ich/wir möchte/n Mitglied des Aufwind e.V. werden ab:/.....
(Monat/Jahr)

.....
(Name, Vorname) (Geburtstag)

.....
(Adresse: Straße und Hausnummer, Postleitzahl Ort)

evtl. weitere beitretende Personen im Rahmen einer Familienmitgliedschaft:

.....
(Name/n, Vorname/n, Geburtstag/e, Unterschrift/n - evtl. auf Rückseite fortsetzen)

Ich/wir zahle/n den derzeitigen Jahresbeitrag: *) (zutreffendes bitte ankreuzen)

Einzelmitgliedschaft € 13,-- Familienmitgliedschaft € 22,00
(mit Ehe-/Lebenspartner u. Kind/ern unter 18 J.)

oder höheren Beitrag von €(bitte selbst festlegen)

*) Ermäßigung für bestimmte Personengruppen (Azubis, Alg-empfänger, Schwerbehinderte, Schüler usw.) auf Anfrage

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats:

Name des Zahlungsempfängers: Aufwind e.V. -
Hilfen für Psychiatrie-Erfahrene

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE62ZZZ00001280417

Mandatsreferenz: wird nach Beitritt mitgeteilt

Ich/wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich/wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlungsart

IBAN:.....

.....
(Name des/der Zahlungspflichtigen/Kontoinhaber)

BANK/BIC:.....

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift/en des/der Zahlungspflichtigen/Kontoinhaber)