

An das
Bündnis gegen Depression Frankfurt am Main e.V.
c/o Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Heinrich-Hoffmann-Straße 10
60528 Frankfurt am Main



AUFNAHMEANTRAG FÖRDERMITGLIED

Hiermit beantrage ich die Aufnahme im Verein Bündnis gegen Depression Frankfurt am Main e.V.
als Fördermitglied (Satzung § 3.2):

Name

Ansprechperson
(nur für juristische Personen)

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon, Fax

E-Mail

Jahresmitgliedsbeitrag für Einzelpersonen (mind. 100 Euro) Euro*

Jahresmitgliedsbeitrag für juristische Personen (mind. 500 Euro) Euro*

* Bitte Betrag einsetzen.

Ich bin mit der Nennung meines/unseres Namens als Fördermitglied auf der Internetseite und in Veröffentlichungen des Bündnis gegen Depression Frankfurt am Main e.V. einverstanden.

Ja

Nein

SEPA-Lastschriftmandat

Bündnis gegen Depression Frankfurt am Main e.V., Heinrich-Hoffmann-Str. 10, 60528 Frankfurt
Gläubiger-ID: DE16ZZZ00001895934 / Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige das Bündnis gegen Depression Frankfurt am Main e.V., den angekreuzten Betrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bündnis gegen Depression Frankfurt am Main e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. **Das Lastschriftmandat kann jederzeit schriftlich gekündigt werden.**

.....
Kontoinhaber Name der Bank

DE.....
IBAN

.....
Ort/Datum Unterschrift