

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 ORDENTLICHES MITGLIED (natürliche Person)

Ich unterstütze die Ziele des Bündnis gegen Depression Frankfurt am Main e.V.
und möchte Mitglied werden:

Vorname, Nachname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon, Fax

E-Mail

- 30 Euro** **Standard-Jahresmitgliedsbeitrag**
- 60 Euro** **Solidaritäts-Jahresmitgliedsbeitrag**

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