



FREUNDE DER
MATHILDENHÖHE
DARMSTADT

Dr. C. D. Knöchel, Konrad.-Adenauer-Str. 13, 64347 Griesheim

Freunde der Mathildenhöhe e. V.
Geschäftsstelle
Konrad-Adenauer-Str. 13

64347 Griesheim

Sie können dieses Formular auch an
Ihrem PC ausfüllen. Vergessen Sie
aber bitte nicht Ihre eigenhändigen
Unterschriften.

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im Verein „Freunde der Mathildenhöhe e. V.“

Herr
Frau
Familie

Anrede / Titel

Vorname *

Name *

Straße und Haus-Nr. *

PLZ *

Ort *

Telefon (Festnetz)

Telefon (mobil)

E-Mail

Geldinstitut

IBAN (für jährliche Abbuchung)

Ja

Nein

Zustimmung zur Abbuchung *

Ort / Datum *

Unterschrift *

*) Pflichtfelder

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass der Verein im Falle Ihrer Aufnahme Ihre Daten zu internen Verwaltungs- und Informationszwecken verwenden darf. Sie können dies jederzeit, auch einzeln, schriftlich widerrufen.

Jährlicher Mitgliedsbeitrag:

- Studenten/Schüler/Auszubildende: 25 € (Bitte Nachweis anfügen und voraussichtliches Ende angeben)
- Einzelpersonen: 50 €
- Familien einschl. Kinder: 75 €
- Firmen/Institutionen/Vereine: nach Vereinbarung

Web-Site der Freunde der Mathildenhöhe e. V.: mit weiteren Informationen (Satzung etc.):

www.fdmh.de

Kontakt zur Geschäftsstelle:

Mail: info@fdmh.de

Tel.: 06155 - 63772

Wir verwenden Ihre Daten nur zum Zweck der Mitgliederverwaltung.

Vorsitzende: Petra Wochnik
Stellv. Vorsitzende: Renate Charlotte Hoffmann, Nikolaus Heiss
Sparkasse Darmstadt, IBAN: DE74 5085 0150 0100 9152 86;
Deutsche Bank, IBAN: DE94 5087 0024 0022 0210 00,
Schatzmeister: Dr. Claus Dieter Knöchel

Senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Aufnahmeantrag bitte an die Geschäftsstelle des Vereins „Freunde der Mathildenhöhe. e. V.“

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate



Name des Zahlungsempfängers / Creditor name: Freunde der Mathildenhöhe Darmstadt e.V.	
Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address	
Straße und Hausnummer / Street name and number: Konrad-Adenauer-Str. 13	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 64347 Griesheim	Land / Country: Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier: DE11ZZZ00000117529	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor): Mitgliedsbeitrag	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger Freunde der Mathildenhöhe Darmstadt e.V., Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Freunde der Mathildenhöhe Darmstadt e.V. auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p> <p>By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor Freunde der Mathildenhöhe Darmstadt e.V. to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor Freunde der Mathildenhöhe Darmstadt e.V..</p> <p>As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.</p>	
Zahlungsart / Type of payment: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment <input checked="" type="checkbox"/> Einmalige Zahlung / One-off payment	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*	
* Angabe freigestellt / Optional information	
Straße und Hausnummer / Street name and number:	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city:	Land / Country:
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):	
BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters): Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt. Note: If the creditor's IBAN is beginning with DE, the use of the BIC could be omitted.	
Ort / Location:	Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:	