



**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 <sup>\*)</sup>

\_\_\_\_\_  
Name <sup>\*)</sup>

\_\_\_\_\_  
Straße und Haus-Nr. <sup>\*)</sup>

\_\_\_\_\_  
PLZ <sup>\*)</sup>

\_\_\_\_\_  
Ort <sup>\*)</sup>

\_\_\_\_\_  
Telefon (Festnetz)

\_\_\_\_\_  
Telefon (mobil)

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
IBAN (für jährliche Abbuchung)

Ja

Nein

\_\_\_\_\_  
Zustimmung zur Abbuchung <sup>\*)</sup>

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum <sup>\*)</sup>

\_\_\_\_\_  
Unterschrift <sup>\*)</sup>

### <sup>\*)</sup> 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](http://www.fdmh.de)

Kontakt zur Geschäftsstelle:

Mail: [info@fdmh.de](mailto: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



<b>Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:</b> Freunde der Mathildenhöhe Darmstadt e.V.	
<b>Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address</b> <b>Straße und Hausnummer / Street name and number:</b> Konrad-Adenauer-Str. 13 <b>Postleitzahl und Ort / Postal code and city:</b> 64347 Griesheim	
<b>Land / Country:</b> Deutschland	
<b>Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:</b> DE11ZZZ00000117529	
<b>Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):</b> Mitgliedsbeitrag	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger <b>Freunde der Mathildenhöhe Darmstadt e.V.</b>, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger <b>Freunde der Mathildenhöhe Darmstadt e.V.</b> 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 <b>Freunde der Mathildenhöhe Darmstadt e.V.</b> 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 <b>Freunde der Mathildenhöhe Darmstadt e.V.</b>.</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>	
<b>Zahlungsart / Type of payment:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment <input checked="" type="checkbox"/> Einmalige Zahlung / One-off payment	
<b>Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:</b>	
<b>Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*</b> <small>* Angabe freigestellt / Optional information</small> <b>Straße und Hausnummer / Street name and number:</b> <b>Postleitzahl und Ort / Postal code and city:</b>	
<b>Land / Country:</b>	
<b>IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):</b>	
<b>BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):</b> <small>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.</small>	
<b>Ort / Location:</b>	<b>Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):</b>
<b>Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:</b> <div></div>	