



**Mercurialis Gemeinschaft e.V.**  
Verein für Therapie, Kunst, Landwirtschaft und soziales Leben

## **Antrag auf Fördermitgliedschaft**

**(bitte vollständig ausfüllen und an untenstehende Anschrift senden)**

Herzlich willkommen bei Mercurialis e. V., Gemeinschaft für Therapie, Kunst, Landwirtschaft und soziales Leben e. V.

Pflege kranker und hilfsbedürftiger Menschen und die Pflege der Erde durch biologisch-dynamische Arbeit sind für uns gleichermaßen wichtige Aufgaben. Mit Ihrer Förderung helfen Sie uns, die wachsenden Aufgaben des Vereins für die Zukunft zu sichern.

**Ich/Wir möchte/n Fördermitglied im Verein „Mercurialis e.V.“ werden.**

Vorname und Name .....

**Straße und Hausnummer** .....

**Postleitzahl und Ort** .....

**Telefon** .....

**E-Mail** .....

**Ich zahle gern einen Beitrag von**

- 25 € / Monat**
- 50 € / Monat**
- 75 € / Monat**
- 100 € / Monat**

**Ich zahle gern einen Beitrag von** ..... €

- ¼ jährlich**
- ½ jährlich**
- jährlich**

Der Beitrag wird jeweils zum Beginn des genannten Zeitraums in voller Höhe entrichtet, erstmals zu Beginn der Fördermitgliedschaft. Damit der Beitrag steuerlich geltend gemacht werden kann, wird eine Spendenbescheinigung ausgestellt. Die Fördermitgliedschaft verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn sie nicht schriftlich zum Quartalsende gekündigt wird.

**O Zahlung per Überweisung auf das Konto bei der Sparkasse Salem Heiligenberg**

**IBAN: DE16690517250002013282**

**BIC: SOLADES1SAL**

**O Zahlung per SEPA-Basis-Lastschriftmandat**

(bitte zusätzlich die nächste Seite ausfüllen)

**Dieser Antrag auf Fördermitgliedschaft wird in Kenntnis und Anerkennung der Satzung des oben genannten Vereins gestellt.**

**Die Mitgliedsdaten werden für die Dauer der Fördermitgliedschaft für vereinsinterne Zwecke gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben.**

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift**

## SEPA - Basis - Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE75ZZZ00001122558

Mandatsreferenz: wird später mitgeteilt

### Wiederkehrende Zahlung:

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

**Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen.**

**Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen**

.....  
**Kontoinhaber (Vorname und Name)**

.....  
**Straße und Hausnummer**

.....  
**Postleitzahl und Ort**

.....  
**Kreditinstitut**

**BIC:** .....

**IBAN:** D E \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

.....  
**Ort, Datum**

**Unterschrift**