MütterZentrum Marburg e.V. Bunsenstraße 9, 35037 Marburg
Tel.: 06421-24102

E-Mail: info@muetterzentrum-marburg.de

Hiermit beantrage ich,

Vorname, Name:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer:

PLZ/ Wohnort:

Telefon/Mobilnummer:

E-Mail:

die Aufnahme in den Verein MütterZentrum Marburg e.V. Mitgliedsnummer: _____
zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Jahresbeiträge (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- o Erwachsene/aktive Mitglieder/Familien 40 €
- o Organisationen/Fördermitglieder 50 €
- o Ermäßigt (Schüler*innen/Studierende/Bürgergeld-/Elterngeldempfänger*innen) 15 €

Ort, Datum, Unterschrift _____

SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer: Mandatsreferenz: (Siehe Mitgliedsnummer)
DE41ZZZ00000076831

Ich ermächtige den Verein MütterZentrum Marburg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein MütterZentrum Marburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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. Der Beitrag wird rückwirkend im Januar des Folgejahres eingezogen.

Konto-Inhaber: _____ Kreditinstitut: _____

IBAN: D E_ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _ _ _ I _ _

BIC: .....

Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

Ort, Datum, Unterschrift _____