

Antrag auf Mitgliedschaft

Bündnis gegen Depression Frankfurt am Main e.V.

* Diese Felder bitte vollständig und gut leserlich ausfüllen!

Anrede: * Frau Herr Divers

Titel: _____

Vorname: * _____

Name: * _____

Telefon: * _____

Mobil: _____

E-Mail: * _____

Straße: * _____

Postleitzahl/ Ort: * _____

Ergänzungen zur Dienstadresse

Praxis, Klinik, Institut: _____

Adresszeile 1: _____

Adresszeile 2: _____

Ich werde **Mitglied** mit

30,00 € Standard-Jahresmitgliedsbeitrag

60,00 € Solidaritäts-Jahresmitgliedsbeitrag

Ich werde **Fördermitglied** und unterstütze das Bündnis gegen Depression Frankfurt am Main e.V. jährlich mit _____ €. Bitte buchen Sie den Fördermitgliedsbeitrag jährlich am _____ von meinem Konto ab.

Freiwillige Angabe für unsere Statistiken:

- Professionelle(r)
- Betroffene(r)
- Angehörige(r)
- keine Angabe

Bankverbindung

Kontoinhaber/ in: * _____

IBAN: *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC: * _____

Bank: * _____

Bitte beachten Sie, dass keine automatisierte Bescheinigung über die Jahresmitgliedsgebühr versendet wird. Diese erhalten Sie auf Anfrage unter info-buendnis-frankfurt@gmx.de.

- Ich erkläre hiermit meine Mitgliedschaft beim Bündnis gegen Depression Frankfurt am Main e.V. und bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Mir sind die Ziele des Bündnis gegen Depression Frankfurt am Main e.V. bekannt und ich erkenne die Satzung des Vereins mit meiner Unterschrift an.
- Hiermit ermächtige ich mit meiner Unterschrift das Bündnis gegen Depression Frankfurt am Main e.V. bis auf Widerruf, den angekreuzten Betrag von meinem Kontos 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 Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen. Anfallende Bankgebühren gehen zu Lasten des Mitglieds. Das Lastschriftmandat kann jederzeit schriftlich gekündigt werden.
- Hiermit erteile ich dem Bündnis gegen Depression Frankfurt am Main e.V. meine Einwilligung zur Speicherung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten. Die Daten werden nur zu satzungsmäßigen Zwecken des Vereins verwendet. Die geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet. Diese Einwilligung kann jederzeit über info-buendnis-frankfurt@gmx.de widerrufen werden.

Ort, Datum und Unterschrift

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!