

## Aufnahmeantrag Mitglieder



Ich möchte Mitglied beim Verein DaSein - Psychoonkologie mobil e.V. für mindestens 1 Jahr werden soll und bin bereit, dafür mindestens 30 € jährlich zu bezahlen.

Mitglieds-Nr (= Mandatsreferenz)	(Wird vom Verein vergeben)
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Beruf	
Straße, Hausnummer	
PLZ	
Ort	
Telefon	
Email	
Mitgliedsbeitrag	
Beginn der Mitgliedschaft	

Ab dem 25.05.2018 ist die EU-Datenschutz-Grundverordnung in Kraft. Ein wichtiger Schritt, um die Privatsphäre und Datensicherheit im Zeitalter der Digitalisierung zu gewährleisten. Wir werden Ihre Daten absolut sorgsam behandeln. Alle wichtigen Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Internetseite.

Mein Mitgliedsbeitrag in der o.g. Höhe wird am 31.03. eines jeden Jahres fällig.

- ☐ überweise ich selbständig auf das Konto des Vereins bei der Frankfurter Sparkasse 1822  
IBAN: DE33 5005 0201 0200 7392 04
- ☐ kann der Verein als Lastschrift einziehen von meinem Konto (siehe Rückseite)

Datum:

Unterschrift:

**daSein** e.V.  
c/o Dr. Klaus Siegler  
Elbfallweg 2a | 61118 Bad Vilbel  
kontakt@da-sein-ev.de  
www.da-sein-ev.de

**Vorstand**  
Dr. Klaus Siegler (1. Vors.)  
t +49 170 884 79 05  
Rudolf Wehner (2. Vors.)  
t +49 170 887 83 09

**Sitz des Vereins**  
Bad Vilbel  
Gerichtsstand  
Frankfurt a. M.  
VR16760

**Spendenkonto**  
daSein e.V.  
IBAN DE33 5005 0201 0200 7392 04  
BIC HELADEF1822  
Frankfurter Sparkasse 1822

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

**Anschrift des Zahlungsempfängers**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

## **Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

## **SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

**Zahlungsart:**

☐

Wiederkehrende Zahlung

☐

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich / uns der Zahlungsempfänger (Name siehe oben) über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.