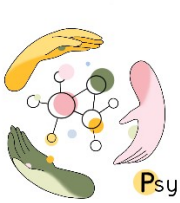

Psychotraumazentrum Leipzig e.V.

Mitgliedsantrag

Lützner Straße 73 Mittelhaus
04177 Leipzig

0176 69846753
info@psychotraumazentrumleipzig.de
www.psychotraumazentrum-leipzig.de

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer_____

PLZ/Ort _____

Telefon_____

E-mail_____

Vorstand
Stefanie Levine
Arya Petzold
Lukas Levine

Vereinsregister-Nr. 4499
Steuernummer 232/141/07244
Amtsgericht Leipzig

GLS Bank
IBAN DE58 4306 0967 1292 5692 00
BIC GENODEM1GLS

☐ **bitte nehmt mich in den E-Mail-Verteiler auf**

ich möchte die Arbeit des Psychotraumazentrum Leipzig e.V. in Form von

☐ **Mitgliedschaft (ab 60 €/ Jahr)**

☐ **Fördermitgliedschaft (ab 30 €/ Jahr)**

durch regelmäßige Beiträge unterstützen.

Mein Jahresbeitrag von_____ Euro:

☐ **Überweise ich auf das Konto des Psychotraumazentrum Leipzig e.V.**

☐ **ziehen sie bitte ein. (Bitte Sepa-Lastschrift Mandat auf Rückseite ausfüllen)**

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Datum, Unterschrift _____

Einwilligung zur Datenspeicherung

Mit meiner Unterschrift willige ich der Erhebung, der Verarbeitung und der Weiterleitung meiner persönlichen Daten zum Zwecke der Mitgliederverwaltung und der Erreichung der Ziele des Vereins ein. Eine Weitergabe meiner Daten an Personen außerhalb des Vereins und einer Veröffentlichung meiner Mitgliedschaft in Medien bedarf meiner ausdrücklichen Zustimmung.

Datum, Unterschrift _____

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE14ZZZ00001739897

Ich ermächtige den Verein Psychotraumazentrum Leipzig e.V., Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hierzu vergibt das Psychotraumazentrum Leipzig e.V. eine Mandatsreferenznummer, die auf den Kontoauszügen erscheint.

Gebührenordnung Mitgliedsbeiträge Psychotraumazentrum Leipzig e.V.
Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am 15. des auf die Antragstellung folgenden Monats jeden Jahres fällig. Der Mitgliedsbeitrag für ordentliche Mitglieder beträgt mindestens 60€, der für Fördermitglieder mindestens 30€.

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.

IBAN_____

BIC_____

Bank_____

Kontoinhaber_____

Datum, Unterschrift _____