Ich möchte Mitglied im Verein „Partner für psychisch Kranke im Landkreis Kassel e.V.“ werden und ihn bei der Erfüllung seiner gemeinnützigen Aufgaben unterstützen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
| **Straße, Haus-Nr.** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
| **PLZ, Wohnort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
| **Telefon, Mobil** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
| **E-Mail** *- Adresse* | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
| *- Verwendung* |[ ]  Ich bin einverstanden, | Informationen per E-Mail zu erhalten, |
|  |[ ]  Ich bin NICHT einverstanden, | um damit Kosten zu sparen |
| **Geburtsdatum** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |

**Den Jahresbeitrag in Höhe von 18,00 € zahle ich beginnend zum** Klicken Sie hier, um Datum einzugeben

**Datum** Klicken Sie hier, um Datum einzugeben **Unterschrift** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wir versichern, dass die Daten nur zu vereinsinternen Zwecken gem. Satzung genutzt werden. Es erfolgt keine Weitergabe außer zum Zahlungs- und E-Mailverkehr.

Wir sind wegen Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheits-pflege, durch Bescheinigung des Finanzamtes Kassel II, St. Nr. 2625084027 als gemeinnützig aner-kannt und nach dem letzten uns zugegangenen Freistellungsbescheid vom 04.03.2020 für die Jahre 2016 -18 nach § 5 Abr. 1 Nr. 9 des KStG von der Körperschaftssteuer befreit.

Falls Sie **keine** Abbuchung wünschen, überweisen Sie den Beitrag bitte auf eines der folgenden Konten.

SEPA-Lastschriftmandat

**Gläubiger-Identifikationsnummer**: DE71ZZZ00000528214

**Mandatsreferenz**: Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Hiermit ermächtige ich den Verein „Partner für psychisch Kranke im Landkreis Kassel e. V.“, den Jahresbeitrag bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Verein auf mein Konto gezogenen Last-schriften einzulösen.

**Hinweis**: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstat-tung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbar-ten Bedingungen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname**[Kontoinhaber:in] | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
| **Straße, Haus-Nr.** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
| **PLZ, Wohnort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
| **Name der Bank** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IBAN** | **D** | **E** | Klicken Sie hier, um Nummer einzugeben |

|  |  |
| --- | --- |
| **BIC** | Klicken Sie hier, um Nummer einzugeben |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort** | Klicken Sie hier, um Text einzugeben |
| **Datum** | Klicken Sie hier, um Datum einzugeben |
| **Unterschrift** |  |

Antrag bitte ausgefüllt und unterschrieben an uns zurücksenden.

**Wir bedanken uns für Ihr Interesse und Ihre Unterstützung unserer Vereinsarbeit!**

Der Vorstand