



Zentrum für Psychotraumatologie e.V.

Beitrittserklärung

Ich will Mitglied werden und erkläre hiermit meinen Beitritt

Name | Vorname

Straße

PLZ | Ort

Bundesland

Telefon

Telefax (falls vorhanden)

E-Mail (falls vorhanden)

@

Geburtsdatum

Datum

Ich möchte

36,00 € Mindestbeitrag im Jahr
oder

€ **Beitrag zahlen**

als Fördermitglied

60,00 €

120,00 €

180,00 € Jahresbeitrag oder

€ **Beitrag zahlen**

Ich zahle

per Überweisung auf das Konto:
Nr.: 11 90 85 4 bei der Kasseler
Sparkasse, BLZ: 520 503 53

per Einzugsermächtigung

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige/n ich/wir den Verein Zentrum für Psychotraumatologie e. V. bis auf schriftlichen Widerruf den von mir/uns zu entrichtenden Beitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht keine Verpflichtung zur Einlösung.

Name des Kontoinhabers

Name des Kreditinstituts

Kontonummer

Datum

Bankleitzahl

Unterschrift

Zentrum für Psychotraumatologie e.V.

Der Vorstand

Ludwig-Mond-Straße 45 A

34121 Kassel