



Hiermit beantrage ich,

Vorname, Name	
Geburtsdatum	
Straße Hausnummer	
PLZ/ Wohnort	
Telefon/Mobilnummer	
E-Mail	

die Aufnahme in den Verein Mütterzentrum Marburg zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Jahresbeiträge (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Erwachsene Aktive Mitglieder 36 €
- Erwachsene/Organisationen/Fördermitglieder \_\_\_\_\_
- Erwachsene Familienmitgliedschaft 40 €
- Schüler/Studenten/ALG-I/II Empfänger 12 €
- Familienmitgliedschaft ALG/Studenten 25 €

Datum, Ort, Unterschrift:

\_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz: (Siehe Mitgliedsnummer):

Ich ermächtige den Verein Mütterzentrum Marburg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Mütterzentrum Marburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Konto-Inhaber: .....

Kreditinstitut: .....

BLZ: .....

Konto-Nr.: .....

IBAN: D E \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

BIC: .....

Die Daten werden zur Vereinsverwaltung auf elektronischen Datenträgern während der Mitgliedschaft gespeichert.

....., den

.....

(Ort) (Datum) Unterschrift

**Büroräume**

35037 Marburg (Lahn) | Bunsenstraße 9

**Internet**

www.muetterzentrum-marburg.de

**Bankverbindung**

Volksbank Mittelhessen: IBAN DE94 5139 0000  
0017 541803 | BIC VBMHDE5F