

Leipziger Bündnis gegen Depression e.V.
Zentrum für Psychische Gesundheit
Semmelweisstraße 10
04103 Leipzig

per Fax: +49 341 97 24539

Aufnahmeantrag

Ich unterstütze die Ziele des Leipziger Bündnis gegen Depression e.V. und möchte Mitglied werden als:

natürliche Person

juristische Person (Firma, Unternehmen, Verein)

Name, Vorname /

Geb.-Datum /

Firma:

Gründungsdatum:

Straße:

PLZ Wohnort:

Tel.:

Email:

20€ Standard-Jahresmitgliedsbeitrag¹

35€ Fördermitgliedschaft^{1,2}

15€ Jahresmitgliedsbeitrag ermäßigt¹
 (Schüler, Studenten, Leipzig-Pass-Inhaber,
 Inhaber Ehrenamtspass)

50€ Gruppenmitgliedschaft¹
 (z.B. Selbsthilfegruppen)

¹ Erfolgt der Vereinseintritt nach dem 30.06. eines Jahres, wird nur die Hälfte des Mitgliedsbeitrages erhoben. Für die Mitgliedschaften gelten die Satzung und die Ordnungen des Vereins. Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift an.

² kein Stimmrecht in der Mitgliederversammlung

Ort, Datum:

Unterschrift: _____

SEPA Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: **DE10ZZZ00001174847**

Mandatsreferenz: **LBgD**

(wird vom Verein eingetragen)

Kontoinhaber:

Geldinstitut:

IBAN:

BIC:

Ich ermächtige das Leipziger Bündnis gegen Depression e.V. , Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meine Bank an, die vom Verein Leipziger Bündnis gegen Depression e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

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.

Ort, Datum:

Unterschrift: _____

Datenschutzhinweis:

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zu Organisationszwecken elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht!