

Interessengemeinschaft
Fragiles-X e.V.
Geschäftsstelle Rostock
Postfach 10 11 03
18002 Rostock

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von derzeit (mind.) 40,- Euro wird grundsätzlich per Lastschriftverfahren am 1. Bankarbeitstag im Monat August des laufenden Geschäftsjahres eingezogen. Es entstehen Ihnen hierdurch keine zusätzlichen Kosten. Die Ermächtigung ist jederzeit widerrufbar.

Aufnahmeantrag

Ich möchte Mitglied des gemeinnützigen Vereins „Interessengemeinschaft Fragiles-X e.V.“ werden.

Name Vorname geb. am

Straße/Hausnummer PLZ/Ort

Telefon E-Mail

Vorname/Kind 1	geb. am	Geschlecht: <input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Junge	vom Fragilen-X betroffen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
Vorname/Kind 2	geb. am	Geschlecht: <input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Junge	vom Fragilen-X betroffen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
Vorname/Kind 3	geb. am	Geschlecht: <input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Junge	vom Fragilen-X betroffen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe
Vorname/Kind 4	geb. am	Geschlecht: <input type="checkbox"/> Mädchen <input type="checkbox"/> Junge	vom Fragilen-X betroffen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> keine Angabe

In unserer Familie ist ein Kind/sind mehrere Kinder vom Fragilen-X betroffen. Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass diese Angabe im Hinblick und zur Verfolgung der satzungsgemäßen Zwecke der Selbsthilfeaktivitäten des Vereins für die Dauer meiner/unserer Mitgliedschaft gespeichert wird.

Einverständnis zur Weitergabe meiner/unserer Adresse an den zuständigen Landesvertreter andere betroffene Familien

Versand der Mitgliederzeitung Frax-Info: elektronisch per E-Mail per Post Newsletter per E-Mail erwünscht

Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ Euro (mindestens 40,- Euro/Jahr) kann per Lastschriftverfahren von meinem Konto eingezogen werden. Dafür habe ich das umseitige SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite dieses Antrages ausgefüllt und unterschrieben. Die Mitgliedsbeiträge sind steuerlich absetzbar.

Die Daten der Aufnahmeerklärung werden durch die Interessengemeinschaft Fragiles-X e.V. mit dem Ziel der ordnungsgemäßen Durchführung von satzungsgemäßen Aufgaben und zur Verwaltung der Mitgliedschaften elektronisch und/oder auf anderem Wege gespeichert und verarbeitet. Ein Verkauf oder eine anderweitige Nutzung oder Weitergabe der Daten ist ausgeschlossen. Mit meiner Unterschrift stimme ich der Speicherung/Verarbeitung zu.

Ort, Datum Unterschrift *Bitte zweite Seite beachten.*

Interessengemeinschaft Fragiles-X e.V.
Vereinsregister Rostock · Nr. 10579
Geschäftsstelle Rostock:
Postfach 10 11 03 · 18002 Rostock

Telefon: 03 81 29 64 23-75
Telefax: 03 81 29 64 23-76
E-Mail: geschaeftsstelle@frax.de
Internet: www.frax.de

Spendenkonto: Sparkasse Bremen
BLZ 290 501 01 · Konto 80 40 86 10
IBAN DE52 2905 0101 0080 4086 10
BIC SBREDE22XXX

Interessengemeinschaft
Fragiles-X e.V.
Geschäftsstelle Rostock
Postfach 10 11 03
D-18002 Rostock

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers: Interessengemeinschaft Fragiles-X e.V.
Anschrift: Postfach 101103, 18002 Rostock
Land: Deutschland
Gläubiger-ID: DE56ZZZ00000643235

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen): _____

Ich ermächtige die Interessengemeinschaft Fragiles-X e.V., meinen Jahresbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Interessengemeinschaft 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.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Land

IBAN

BIC*

* Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Kontoinhaber)