

**Beitrittserklärung zum
Avicenna Institut e.V., Frankfurt am Main**



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als ☐ Fördermitglied
im Avicenna Institut e.V.

Name:	_____	Vorname:	_____
Geb.-	_____		_____
Datum:	_____	Straße:	_____
	_____		_____
PLZ:	_____	Ort:	_____
	_____		_____
Telefon:	_____	E-Mail:	_____
	_____		_____

Der aktuelle Monatsbeitrag beträgt: _____ €

zzgl. können Spendenbeiträge in Höhe von: _____ €

von meinem unten angegebenen Konto abgebucht werden.

- ☐ Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an
- ☐ Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich über die DSGVO Bestimmungen des Vereines informiert wurde und diese anerkenne
- ☐ Ich möchte eine jährliche Spenden-/ Mitgliederbescheinigung erhalten

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE.....
Ich ermächtige das Avicenna Institut e.V., Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Monatsbeitrag jeweils am 15. des Monats fällig.

Kreditinstitut:	_____	BIC:	_____
IBAN:	_____		
Kontoinhaber:	_____		

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers