



# Angehörigengruppe Mittelhessen e.V.

## Familien-Selbsthilfe Psychiatrie

Büro und Postanschrift:  
Klinikstraße 36, 35385 Gießen

Termine nach Vereinbarung!  
Büro: jeden 2. Dienstag im Monat  
von 15.30 bis 17.30 Uhr  
Mobil: 0151 54877805 (AB/Rückruf)  
kontakt@angehoerige-mittelhessen.de  
www.angehoerige-mittelhessen.de

### Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein

#### **Angehörigengruppe Mittelhessen e.V.**

Der Jahresbeitrag beträgt 12,- Euro.

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Ort, Datum, \_\_\_\_\_ **Unterschrift**

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein Angehörigengruppe Mittelhessen e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Angehörigengruppe Mittelhessen e.V. auf mein Konto bezogenen 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.

Die Gläubiger-ID von Angehörigengruppe Mittelhessen e.V. lautet DE63ZZZ00001091346.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name/BIC): \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, \_\_\_\_\_ **Unterschrift**

**Zu Ihrer Sicherheit:** Persönliche Daten unserer Mitglieder verwenden wir ausschließlich für interne Angelegenheiten der Angehörigengruppe Mittelhessen.