Freunde des Stadtmuseums Kassel e.V.
Ständeplatz 16
34117 Kassel

Beitrittserklärung

☐ **Ja**, ich/wir erkläre/n meinen/unseren Beitritt
im Verein **"Freunde des Stadtmuseums Kassel e.V."**

Name Vorname Geburtsdatum

Vorname Vorname Geburtsdatum

PLZ, Wohnort Straße

Telefon, Mobil E-Mail

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE09ZZZ00000326115
Mandatsreferenz ist gleich der Mitgliedsnummer

Hiermit ermächtige/n ich/wir den Verein "Freunde des Stadtmuseums Kassel e.V."

☐ den jeweils gültigen Jahresbeitrag von: _____ €
(Einzelperson 15.-€ / Ehepaare 20.-€ / Juristische Personen 30.-€)

☐ zusätzlich eine jährliche Spende in Höhe von: _____ €

zu Lasten meines / unseres Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein mein Kreditinstitut an, die von den Freunden des Stadtmuseums Kassel 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

Name, Vorname des Kontoinhabers

Kreditinstitut

IBAN BIC

Ort Datum Unterschrift