

## Beitrittserklärung

Hiermit trete(n) ich/wir der Epilepsie Elternhilfe e.V. bei.

Familienname: .....

Vorname des Kindes: ..... geboren am: .....

Vorname der Mutter: ..... Vorname des Vaters: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 35,00 EUR. Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Anschrift in ein Adressverzeichnis des Vereins aufgenommen wird.

Gleichzeitig beauftrage(n) ich/wir den gemeinnützigen Verein Epilepsie Elternhilfe gem. § 53 Abs. 1 Satz 2 Urheberrechtsgesetz, für mich/uns zum privaten Gebrauch einen in einer Abhandlung, einer Zeitschrift, einer Zeitung oder einem Buch veröffentlichten Artikel, der für mich/uns interessant ist, zu vervielfältigen.

Ort/Datum: .....

Unterschrift(en): .....

Mitglied der EEH ist derjenige, der die Beitrittserklärung unterschreibt.  
Wenn beide Elternteile Mitglied werden wollen, müssen beide unterschreiben.

Bankverbindungen:

Sparkasse Mainz

MALADE51MNZ

IBAN: DE13 5505 0120 1146 0995 00

Sparda Bank Mainz e.G.

GENODEF1S01

IBAN: DE41 5509 0500 0000 9552 00

## SEPA-Lastschriftmandat

**Name des Zahlungsempfängers:**

Epilepsie Eltern Hilfe e.V.

**Anschrift des Zahlungsempfängers:**

Geschäftsstelle      Maurergasse 6      55129 Mainz      Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer:**

DE35EEH00000394323

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**

EEH Jahresbeitrag .....

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger **Epilepsie Eltern Hilfe e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Epilepsie Eltern Hilfe e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Betrag:**      €

**Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

Straße/Hausnummer:

Postleitzahl/Ort:

Deutschland

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) – auf dem Kontoauszug zu erlesen:**

**BIC (8 oder 11 Stellen) – auf dem Kontoauszug zu erlesen:**

**Ort:**

**Datum:**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**