



# AURYN

stärkt Kinder  
psychisch kranker Eltern

AURYN Trier e.V.  
Walramsneustraße 8  
54290 Trier

0651/966 283 66  
info@auryn-trier.de  
www.auryn-trier.de

## Antrag auf Mitgliedschaft

(bitte in Druckbuchstaben und vollständig ausfüllen)

_____ Name	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße	_____ PLZ, Wohnort	
_____ Telefon/Fax	_____ E-mail	

Ich melde mich an als:     aktives Mitglied /  Fördermitglied.

Mein **jährlicher** Mitgliedsbeitrag für die Mitgliedschaft beträgt:

30 Euro     60 Euro     90 Euro     \_\_\_\_\_ Euro

Bei Beginn der Mitgliedschaft im laufenden Jahr beträgt der erste Beitrag generell den vollen Jahresbeitrag unabhängig vom Eintrittsdatum.

Die Mitgliedschaft kann mit einmonatiger Frist zum 01.01. jeden Jahres gekündigt werden.

- 
- Ich bin bereits Mitglied und erhöhe meinen Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ auf \_\_\_\_\_ Euro.
- Ich wünsche für meinen Mitgliedsbeitrag eine Spendenbescheinigung. (Diese geht nach jährlicher Abbuchung bzw. Eingang des Geldes auf unserem Konto zu.)
- Ich möchte regelmäßig per Email über die Aktivitäten des Vereins informiert werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

---

### Zahlung des Mitgliedsbeitrags

- Dauerauftrag jeweils zum 01.01. eines jeden Jahres auf folgendes Konto:**  
Sparkasse Trier • IBAN DE61 5855 0130 0000 4247 21 • BIC TRISDE55XXX
- Kombi-Mandat (Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats)**  
Formular siehe nächste Seite



# AURYN

stärkt Kinder  
psychisch kranker Eltern

AURYN Trier e.V.  
Sitz des Vereins:  
Walramsneustraße 8  
54290 Trier

0651/ 966 283 66  
[info@auryn-trier.de](mailto:info@auryn-trier.de)  
[www.auryn-trier.de](http://www.auryn-trier.de)

## Einwilligungserklärung

Frau/Herr:

geb:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Hiermit willige ich darin ein, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Geburtsdatum, Bankdaten, Eintrittsdatum) zu Vereinszwecken durch den Verein AURYN Trier e.V. verarbeitet werden dürfen. Ich kann jederzeit Auskunft über diese Daten verlangen.

Das Erheben, Speichern, Verarbeiten, Übermitteln und Nutzen meiner Daten im Rahmen der Vereinszwecke dient vornehmlich der allgemeinen Mitgliederverwaltung, dem Einziehen der Mitgliederbeiträge, der Übermittlung von Einladungen und Informationen sowie zur Vereinfachung der organisatorischen Abläufe und zur Schaffung direkter Kommunikationswege zwischen dem Verein AURYN Trier e.V. und seinen Mitgliedern.

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung in die Datenverarbeitung der vorbenannten Angaben freiwillig erfolgt und jederzeit durch mich ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



# AURYN

stärkt Kinder  
psychisch kranker Eltern

AURYN Trier e.V.  
Walramsneustraße 8  
54290 Trier

0651/966 283 66  
info@auryn-trier.de  
www.auryn-trier.de

## SEPA-Lastschriftmandat

AURYN Trier e.V.  
Walramsneustraße 8  
54290 Trier

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE36ZZZ00001406112**

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger AURYN Trier e.V. widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger AURYN Trier 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.

---

Vorname und Name (Kontoinhaber)

---

Straße und Hausnummer

---

Postleitzahl und Ort

---

Kreditinstitut (Name und BIC)

---

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
(IBAN)

---

Datum, Ort

---

Unterschrift des Zahlungspflichtigen  
(Kontoinhaber)



# AURYN

stärkt Kinder  
psychisch kranker Eltern

AURYN Trier e.V.  
Walramsneustraße 8  
54290 Trier

0651/966 283 66  
info@auryn-trier.de  
www.auryn-trier.de

## Spendenformular

(bitte in Druckbuchstaben und vollständig ausfüllen)

Ja ich will die Arbeit von AURYN Trier e.V. mit einer Spende per Bankeinzug unterstützen.

### Spende:

Betrag: \_\_\_\_\_ Euro

Spendenart:  einmalig  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

Ab Datum: \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)

---

### Einzugsermächtigung:

Abbuchung von meinem Bankkonto bei der

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_ ggf. Kontoinhaber

---

### Name/Adresse:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax\*

\_\_\_\_\_  
E-mail\*

\*Angabe freiwillig.

Ich möchte regelmäßig per Email über die Aktivitäten des Vereins informiert werden.

AURYN Trier e. V. ist durch Steuernummer 42/661/1151/7 des Finanzamtes Trier als gemeinnütziger Verein anerkannt. Spenden sind steuerlich absetzbar.

Bitte bewahren Sie Ihre Einzahlungsqittung sorgfältig auf. Das Finanzamt erkennt sie als Beleg an, wenn Sie Ihre Spende steuerlich absetzen wollen. Bei Beträgen über 100 Euro fordert das Finanzamt eine gesonderte Bescheinigung. In diesem Fall erhalten Sie automatisch eine Spendenbescheinigung von AURYN Trier e.V.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift