



AURYN

stärkt Kinder
psychisch kranker Eltern

AURYN Trier e.V.
Gartenfeldstraße 11
54295 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 Elterr

AURYN Trier e.V.
Sitz des Vereins:
Gartenfeldstraße 11
54295 Trier
0651/ 966 283 66
info@auryn-trier.de
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.
Gartenfeldstraße 11
54295 Trier

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

SEPA-Lastschriftmandat

AURYN Trier e.V.
Gartenfeldstraße 11
54295 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.
Gartenfeldstraße 11
54295 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