



**Alternativen schaffen für Menschen mit psychischer Erkrankung e.V.**

## **Antrag auf Mitgliedschaft bzw. Fördermitgliedschaft**

Bitte ausgefüllt **per Fax** an: 09721 / 605 41 22 **oder**  
**per Post** an: Plan B e.V. Luitpoldstraße 22 97421 Schweinfurt

**Anrede:** .....  
**Name:** .....  
**Vorname:** .....  
**Straße / Nr.:** .....  
**PLZ / Ort:** .....  
**Land:** .....  
**Telefon:** .....  
**ggf. Email:** .....

**Ich beantrage die Mitgliedschaft im Verein Plan B e.V. – Alternativen schaffen für Menschen mit psychischer Erkrankung als:**

- Ordentliches Vereinsmitglied (Mitgliedsbeitrag 12,- € pro Jahr)  
 Fördermitglied (freiwilliger Mitgliedsbeitrag in Höhe von ..... € pro Jahr)

Die Mitgliedschaft beginnt zum Ersten des Folgemonats der Antragstellung. Mit dem Beginn der Mitgliedschaft wird der o.g. Mitgliedsbeitrag sofort fällig.

Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist jeweils zum Jahresende möglich. Die Kündigung kann ausschließlich schriftlich (per Fax oder Post) erfolgen.

Eine Kopie der Vereinssatzung habe ich erhalten.

### **Einzugsermächtigung:**

Der Verein wird ermächtigt den o.g. Mitgliedsbeitrag von meinem Konto einzuziehen. Die Einzugsermächtigung erlischt mit meinem Austritt aus dem Verein

**Konto:** .....  
**BLZ:** .....  
**Institut:** .....  
**BIC:** .....  
**IBAN:** .....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

# SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Plan B e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Luftpoldstr. 22

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

97421 Schweinfurt

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE 58 722 00000 638737

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger "automatisierter Name Zahlungsempf. von oben" Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger "automatisierter Name Zahlungsempf. von oben" 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor "automatisierter Name Zahlungsempf. von oben" to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor "automatisierter Name Zahlungsempf. von oben".

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: