



Sichtbar
Mainz e.V.

Antrag auf Angehörigkeit

Ich / Wir möchte/n Angehörige*r im Förder- und Trägerverein des Kultur- und Kommunikationszentrum für LSBTIQ in Mainz (Sichtbar Mainz e.V.) werden.

Person wird Angehörige*r Gruppe wird Angehörige Förderangehörige*r (ohne Stimmrecht)
(zutreffendes bitte ankreuzen)

Beitragshöhe

6 Euro / Monat mindestens für persönliche Angehörige (gerne mehr)
3 Euro / Monat für Schüler/innen, Studierende, Rentner/innen, BUFTIS
12 Euro / Monat mindestens für Förderangehörige und Gruppenangehörige (gerne mehr)

Es besteht die Möglichkeit eines zeitweise selbstbestimmten geringeren Beitrags bei glaubhaft nachgewiesener sozialer Härte.

Ich/Wir zahle/n **im Quartal** **halbjährlich** **jährlich**

Mein/Unser Angehörigenbeitrag beträgt monatlich Euro

Gruppe:

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Ort, Datum: Unterschrift: _____

Zahlungsweise

Ich/Wir möchte/n meinen/unseren Angehörigenbeitrag per **Lastschriftverfahren** **Überweisung** bezahlen.

Bankverbindung für Überweisungen

Sichtbar Mainz e.V. IBAN: DE36 5519 0000 0405 0990 11 BIC: MVBMD55 (Mainzer Volksbank eG)

Bankeinzug:

Mein Angehörigenbeitrag in Höhe von Euro soll pro **Quartal** **Halbjahr** **Jahr** per Lastschrift von folgendem Konto eingezogen werden (je weniger Einzelbuchungen desto günstiger für uns):

Kontoinhaber*in:

IBAN:

BIC:

Bank:

Ort, Datum: Unterschrift: _____