Sichtbar Mainz e. V. • Hintere Bleiche 29 • 55116 Mainz • info@barjedersicht.de

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.

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: MVBMDE55 (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: _____