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 Kommunikations-zentrum für LSBTIQ in Mainz (Sichtbar Mainz e.V.) werden.

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

Beitragshöhe: Wähle einen Betrag aus dem entsprechenden Korridor, gerne auch mehr.

Mindestens **8 - 20** Euro / Monat für persönliche Angehörige (gerne mehr!)
Mindestens **4 - 6** Euro / Monat für Schüler/innen, Studierende, Rentner/innen, BUFDIS
Mindestens **16 - 50** 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 (falls zutreffend): _____

Vor- und Nachname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Zahlungsweise

Bankverbindung für Überweisungen
Sichtbar Mainz e.V. IBAN: DE36 5519 0000 0405 0990 11 BIC: MVBMDE55 (Mainzer Volksbank eG)

Ich/Wir möchte/n meinen/unseren Angehörigenbeitrag per ☐ **Lastschriftverfahren** (siehe zweite Seite)
☐ **Überweisung** bezahlen.

Der Beitrag wird halbjährlich zum 1.2. und 1.8. fällig.

SEPA Lastschriftmandat auf folgender Seite

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandat

Freiwilliger jährlicher Einzug (jeweils zum 1.8.) – falls zutreffend bitte ankreuzen: ☐ **Ja**

Name des Zahlungsempfängers:	Förder- und Trägerverein des Kultur- und Kommunikationszentrums für Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transidente, Intersexuelle und Queere Mainz (Sichtbar Mainz) e.V.
Zahlungsart:	wiederkehrende Zahlung
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE09ZZZ00000151127

Ich ermächtige [Wir ermächtigen] Sichtbar Mainz e.V. Zahlungen von meinem [unserem] Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein [weisen wir unser] Kreditinstitut an, die von Sichtbar Mainz e.V. 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.

Vor- und Zuname Kontoinhaber*in:_____

Straße, Hausnummer_____

PLZ, Wohnort_____

IBAN:_____

BIC:_____

Bank:_____

Ort, Datum:_____ **Unterschrift**: _____