Verband Binationaler Familien

und Partnerschaften, iaf e.V.

Ludolfusstraße 2-4

60487 Frankfurt am Main

**Antrag auf Mitgliedschaft**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ja, ich möchte Mitglied im Verband binationaler Familien und Partnerschaften, iaf e.V. werden. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Persönliche Daten:** | |
| Anrede |  |
| Vorname |  |
| Name |  |
| Straße |  |
| PLZ/ Ort |  |
| E-Mail |  |
| Telefon |  |
| Geburtsdatum |  |

**Ich zahle einen Mitgliedsbeitrag von monatlich (BITTE ANKREUZEN)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6,50 €  (78 € pro Jahr) | 8 €  (96 € pro Jahr) | 3,50 € = ermäßigter Beitrag  ( 42 € pro Jahr)\* |

**Ich zahle den Betrag (BITTE ANKREUZEN)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| monatlich | vierteljährlich | jährlich |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

*\*Möchte Ihr Partner/Ihre Partnerin auch Mitglied werden, zahlt er/sie einen ermäßigten Beitrag von 42,-€. Dieser ermäßigte Beitrag gilt auf Antrag auch für Schüler/innen, Studierende, Rentner/innen und Menschen mit geringem Einkommen.*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ich überweise den Mitgliedsbeitrag auf das Konto des Verbandes bei der Bank für Sozialwirtschaft**  IBAN: DE 0855 0205 0000 0760 6000  BIC: BFSWDE33MNZ |
|  | **Ich erteile dem Verband ein** **SEPA-Lastschriftmandat**  Gläubiger-Identifikationsnummer DE17 ZZZ0 0000 3484 75  Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)  Ich ermächtige den Verband binationaler Familien und Partnerschaften, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verband auf mein Konto gezogene Lastschrift 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. Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

|  |  |
| --- | --- |
| Kontoinhaber |  |
| IBAN |  |
| BIC (8-11 Stellen) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Ort Unterschrift

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ich wünsche die Zusendung der Verbandszeitschrift iaf-informationen** | |
|  | Per Post |
|  | Per Mail |

|  |  |
| --- | --- |
| **Noch eine kurze Frage: Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?** | |
|  | Freunde / Verwandte |
|  | Website/Newsletter des Verbandes |
|  | Regionalgruppe |
| Sonstiges |  |