

Kunstgewerbeverein in Frankfurt am Main e.V.
Tochterinstitut der Polytechnischen Gesellschaft
Schaumainkai 17
60594 Frankfurt am Main

Beitrittsformular

Bitte senden Sie uns das Formular per Post
oder per E-Mail: info@kgv-frankfurt.de
Pflichtfelder sind mit einem * gekennzeichnet

Ich/wir möchten dem Kunstgewerbeverein in Frankfurt am Main e.V. beitreten

*Name, Vorname

Name, Vorname des Partners

*Straße

Straße

*PLZ Ort

PLZ Ort

*Tel./ Mobil

Tel./ Mobil

*E-Mail

E-Mail

*Art der Mitgliedschaft

Geburtstag

Geburtstag

Beruf

Beruf

Was interessiert Sie besonders?

Art der Mitgliedschaft (Mitgliedsbeitrag und Spende sind auf das Kalenderjahr bezogen und steuerlich abzugsfähig)

Jahresbeitrag

Der Jahresbeitrag soll € _____ betragen

Mindestbeiträge

Schüler/Azubi/Studenten	€ 10	Ermäßigter Beitrag	€ 30
Einzelmitglieder	€ 50	Firmen	€ 150
Lebenspartner	€ 40	Förderer	€ 150
Familienkarte	€ 90	Mäzene	€ 1.000

Zahlungsart: Den Betrag überweise ich auf das folgende Konto: IBAN: DE85 5005 0201 0000 3938 86, SWIFT-BIC-Code: HELADEF 1822

*Ort, Datum

*Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Kunstgewerbeverein in Frankfurt am Main e.V., Tochterinstitut d. Polytechn. Gesellschaft

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Schaumainkai 17

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

60594 Frankfurt am Main

Land / Country:

D

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE 4 5 K G V 0 0 0 0 0 3 8 4 4 4

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

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

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.

Hinweis: Der Lastschrifteinzug erfolgt erstmalig am 1. Werktag des Folgemonats.

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***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**