



# Antrag auf Fördermitgliedschaft

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich möchte **Fördermitglied** der Förderer der Human-, Zahn- und Veterinärmediziner an der Justus-Liebig-Universität Gießen e.V. werden.

Unternehmen / Klinik

Ansprechpartner:  Herr  Frau

Name

Vorname

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Geburtsdatum

Straße

Hausnummer

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

Postleitzahl

Ort

Email-Adresse

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Telefon

Mobil

- Ich möchte den Mitgliedsbeitrag für Fördermitglieder in Höhe des Mindestbeitrages für Fördermitglieder\* / in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro jährlich überweisen.  
(nicht Zutreffendes bitte streichen)
- Ich möchte den Mitgliedsbeitrag für Fördermitglieder\* jährlich per Lastschriftverfahren abbuchen lassen. (Hierzu bitte SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite vollständig ausfüllen)

\* Der jährliche Beitrag für Fördermitglieder beträgt mindestens 150 Euro und ist jeweils am 01.01. des Jahres fällig.

Ort, Datum

Unterschrift

# SEPA-Lastschriftmandat

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)



Zahlungsempfänger: FHZV Gießen e.V., Frankfurter Str. 94, 35392 Gießen

Gläubiger-ID-Nummer: DE39 ZZZO 0000 6714 77

Mitgliedsnummer/Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (wird vom Verein ausgefüllt)

Hiermit ermächtige den FHZV Gießen e.V. im Rahmen meiner Mitgliedschaft die fälligen Beiträge in Höhe des Mindestbeitrages für Fördermitglieder\* / in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro (nicht Zutreffendes bitte streichen) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom FHZV Gießen e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\* Der jährliche Beitrag für Fördermitglieder beträgt mindestens 150 Euro und ist jeweils am 01.01. des Jahres fällig.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung (Mitgliedsbeitrag)

Daten des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Unternehmen / Klinik

Ansprechpartner:  Herr

Frau

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

IBAN / Kontonummer

BIC / Bankleitzahl

Kreditinstitut

Ort

Ort, Datum

Unterschrift