



# Angehörigengruppe Mittelhessen e.V.

## Familien-Selbsthilfe Psychiatrie

Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband

Büro und Postanschrift:  
Klinikstraße 36, 35385 Gießen

Termine nach Vereinbarung  
Büro: Jeden 2. Dienstag im Monat  
von 15.30 bis 17.30 Uhr  
Mobil: 0151 54877805 (AB/Rückruf)  
kontakt@angehoerige-mittelhessen.de  
www.angehoerige-mittelhessen.de

### Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **Verein Angehörigengruppe Mittelhessen e.V.**

Nachname

Vorname

Straße

PLZ/ Ort

Telefon

E-Mail

Ort, Datum,

**Unterschrift**

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Angehörigen-Gruppe Mittelhessen e.V. (Gläubiger-ID DE 63ZZZ00001091346) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Angehörigengruppe Mittelhessen e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften 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.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut (Name und BIC): \_\_\_\_\_

Kontonummer (IBAN): \_\_\_\_\_

Ort, Datum,

**Unterschrift**