



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**