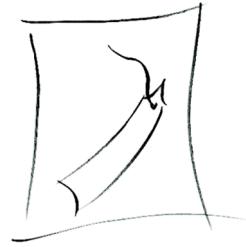


# Lese-Zeichen Bockenheim e.V.

Förderverein für die Bockenheimer Bibliothek



Lese-Zeichen Bockenheim e. V.  
c/o Bockenheimer Bibliothek  
Kurfürstenstraße 18 H  
60486 Frankfurt

## Beitrittserklärung

Ich/Wir möchte/n Mitglied im Lese-Zeichen Bockenheim e. V. werden

**Nachname, Vorname:**

**Straße und Haus-Nr**

**Postleitzahl und Ort**

Email:

Telefon Festnetz / mobil:

## Art der Mitgliedschaft

- Fördermitgliedschaft €50,00 pro Jahr:** Ein Erwachsener und seine unter 18 Jahre alten Kinder
- Familienmitgliedschaft €30,00 pro Jahr:** Ein Erwachsener und seine unter 18 Jahre alten Kinder
- Ermäßigt €20,00 pro Jahr:** Schüler, Studenten, Rentner, Arbeitslose, Frankfurt-Pass Inhaber
- Verbandsmitgliedschaft €1,00 pro Kind und Jahr, max. €100,00 pro Jahr:** kooptierte Mitglieder, wie z. B. Schulen, Kindertagesstätten etc.

Grund für Ermäßigung/  
sonstige Mitteilungen:

- Ich/Wir nehme/n am SEPA-Lastschrifteinzug teil. Siehe nachfolgendes Blatt „Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats“ mit meiner/unserer Bankverbindung
- Ich/Wir überweise/n den Mitgliedsbeitrag auf das Konto von Lese-Zeichen Bockenheim e. V. bei der Frankfurter Sparkasse: IBAN DE09 5005 0201 0200 0608 30

Ort

Datum

Unterschrift

-----

Lese-Zeichen Bockenheim e. V.  
c/o Bockenheimer Bibliothek  
Kurfürstenstraße 18H, 60486 Frankfurt

Frankfurter Sparkasse • IBAN DE09 5005 0201 0200 0608 30

[www.lese-zeichen-bockenheim.de](http://www.lese-zeichen-bockenheim.de)

# Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen  
Recurrent Payments

## Zahlungsempfänger

Lese-Zeichen Bockenheim e. V.  
c/o BockenheimBibliothek  
Kurfürstenstraße 18H  
60486 Frankfurt

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)  
DE37ZZZ00001045836

Mandatsreferenz<sup>1</sup>

## SEPA-Lastschriftmandat:

Ich/Wir ermächtige(n) Lese-Zeichen Bockenheim e. V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Lese-Zeichen Bockenheim e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## Angaben zum Kontoinhaber

Name Kontoinhaber:

Straße / Nr:

PLZ / Ort:

Zusatz:

Name der Bank:

IBAN:

## Art der Mitgliedschaft

- Fördermitgliedschaft
- Familienmitgliedschaft
- Ermäßigte Mitgliedschaft
- Verbandsmitgliedschaft

Ort

Datum

Unterschrift

-----

<sup>1</sup> entspricht der Mitgliedsnummer und wird von Lese-Zeichen Bockenheim e. V. ergänzt