Beitritt

Beitrittserklärung

Bitte ausdrucken, unterschreiben und per Post schicken an:
**MatriaVal e.V.** – Verein zur Unterstützung matriarchaler Gesellschaften und Vermittlung matriarchaler Werte, Im Klingenfeld 37, D - 60435 Frankfurt am Main

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den Verein MatriaVal e.V. als

    Mitglied (ordentliche Mitgliedschaft) Fördermitglied

Name...................................................................... Straße.....................................................................
PLZ, Ort................................................................... Tel/Fax.................................................................... Email\*.......................................................................

............................... ...................................................................
Datum              Unterschrift

**Deutschland/ Euroländer (jährliche Mitgliedsbeiträge)**    Jahresbeitrag 60 € Freiwillig erhöhter Jahresbeitrag 120 € Freiwillig erhöhter Beitrag 240 €

bargeldlos per Lastschrift mit Abbuchungsgenehmigung (s.u.)
     oder per Überweisung / Dauerauftrag (bitte Bankverbindung beim Verein erfragen)

**Schweiz (jährliche Mitgliedsbeiträge)**

    Jahresbeitrag 90 CHF Freiwillig erhöhter Jahresbeitrag 180 CHF Freiwillig erhöhter Beitrag 360 CHF

per Überweisung / Dauerauftrag (bitte Bankverbindung beim Verein erfragen)

Für den Mitfrauenbeitrag kann eine Spendenbescheinigung ausgestellt werden! Bitte wenden Sie sich dazu an die Vereinsadresse.

**Zustimmung zum Lastschrifteinzugsverfahren (SEPA – Lastschriftmandat)**

Ich ermächtige MatriaVal e.V., den jährlichen Vereinsbeitrag in Höhe von ……..………. € von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Benachrichtigung über den erstmaligen sowie über jeden betragsmäßig veränderten Lastschrifteinzug muss mir mindesten zwei Tage vor dem Lastschrifteinzug zugehen. Hinweis: Ich darf acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

KontoinhaberIn ....................................................................

Bank ....................................................................

BIC ………………………………………………………………..

IBAN ....................................................................

Ort/Datum ............................................................................

Unterschrift .............................................................................

*\* Freiwillige Angabe*