



**Kontakt:**  
PD Dr. med.  
Yaroslava Wenner  
Vorstandsmitglied des Vereins  
Tel.: +49 69/ 6301-85193  
Fax: +49 69/ 6301-7795  
Mail: info@augenstern.de

## Antrag einer Fördermitgliedschaft

Hiermit bitte ich um Aufnahme als Fördermitglied in den Verein Augenstern e. V.

Name: .....

Vorname: .....

Titel: .....

Geb. Datum: .....

Jurist. Person: .....

Straße: .....

PLZ / Ort: .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail: .....

Förderbeitrag: ..... Euro (ab 50 € jährlich)

Zahlungsweise: Bitte ankreuzen    monatlich     jährlich     per Lastschriftmandat

Ort / Datum: . .....

Unterschrift des Antragstellers: .....

Wir bestätigen gern Ihre Fördermitgliedschaft in unserem Verein.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift des Vorstandes

### Hinweis:

Der Förderbeitrag ist am Anfang eines Monats/Jahres zu entrichten. Vorbehaltlich der Vorstandsentscheidung wird die Fördermitgliedschaft erst nach Eingang des ersten Förderbeitrages wirksam. Sie erhalten natürlich selbstverständlich steuergültige Bescheinigungen über die Geldzuwendung.

Mit Eintritt in die Fördermitgliedschaft willigen Sie ein, dass wir Ihre personenbezogenen Daten für vereinsbezogene Belange speichern dürfen. Ihre Daten werden ohne Ihre Einwilligung nicht an Dritte weitergegeben. Bitte beachten Sie dazu auch unsere Hinweise auf der Website des Vereins im Impressum unter „Datenschutzerklärung (DSGVO)“.



## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE15ZZZ00000792286

Mandatsreferenz .....

(Wird vom Verein vergeben)

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein „Augenstern e.V.“ die Zahlung des Förder- bzw.- Mitgliedsbeitrages von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem vorgenannten Verein auf meinem Konto bezogene Lastschrift 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.

.....  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

.....  
Straße

.....  
Hausnummer

.....  
Postleitzahl

.....  
Ort

.....  
Kreditinstitut (Name)

.....  
BIC

DE | | | | |  
IBAN

.....  
Datum

.....  
Ort

.....  
Unterschrift

Mit Erteilung des Lastschriftmandats willigen Sie ein, dass wir Ihre personenbezogenen Daten für vereinsbezogene Belange speichern dürfen. Ihre Daten werden ohne Ihre Einwilligung nicht an Dritte weitergegeben. Bitte beachten Sie dazu auch unsere Hinweise auf der Website des Vereins unter „Datenschutzerklärung (DSGVO)“.