

AANB e.V.  
Wedekindplatz 3  
  
30161 Hannover

Arbeitsgemeinschaft der  
Angehörigen psychisch  
Kranker in Niedersachsen  
und Bremen (AANB) e. V.  
Wedekindplatz 3  
30161 Hannover  
Telefon: 05 11 / 62 26 76  
Telefax: 05 11 / 62 49 77  
E-Mail: aanb@aanb.de  
Internet: www.aanb.de

## Aufnahmeantrag / Bestellung der PSU

Hiermit beantrage ich

Hiermit beantragen wir

die Aufnahme in die Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in Niedersachsen und Bremen (AANB) e.V. als:

- ordentliches Mitglied            15,- Euro im Jahr
- förderndes Mitglied            25,- Euro im Jahr
- Gruppe                            10,- Euro pro Mitglied mindestens 100,- Euro im Jahr
- Psychosoziale Umschau        17,- Euro im Jahr für 4 Hefte

Vor- und Nachname : \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer : \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort : \_\_\_\_\_

Email\* : \_\_\_\_\_

Telefon\* : \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift : \_\_\_\_\_

Ich wünsche / wir wünschen folgende Zahlungsweise:

Überweisung/Dauerauftrag auf das Konto bei der Sparkasse Hannover,  
IBAN: DE28 2505 0180 2006 8088 32 BIC: SPKHDE2HXXX

per Lastschrifteinzug (bitte SEPA - Lastschriftmandat auf der Rückseite ausfüllen)

\*Angaben freigestellt

Datenschutzhinweise: Ich bin darüber informiert, dass meine Daten elektronisch gespeichert werden. Einsicht in die persönlichen Daten wird nur dem Vorstand gewährt und dienen der Vereinsverwaltung. Jedes Mitglied hat das Recht Auskunft über die von ihm gespeicherten Daten zu erhalten. Es wird versichert, dass Ihre Daten nicht an andere Personen und Organisationen weitergegeben werden.

## SEPA - Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung)

Ich ermächtige (wir ermächtigen) die AANB e.V. Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der AANB 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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Dieses Lastschriftmandat endet bei Widerruf oder mit dem Ausscheiden des Mitgliedes aus dem Verein AANB e.V. gemäß der aktuell gültigen Satzung.

Name des Zahlungspflichtigen: \_\_\_\_\_  
(Kontoinhabers)

Kreditinstitut : \_\_\_\_\_

IBAN : \_\_\_\_\_

BIC : \_\_\_\_\_

Mandats - (Mitglieds-) Nr. : \_\_\_\_\_ (wird erst nach Eintrag in die Mitglieder-Liste  
vergeben und Ihnen anschließend mitgeteilt)

Kennzeichnung der wiederkehrenden Zahlung: **Beitrag**

Fälligkeitsdatum für die jährliche Zahlung ist der 01. April des jeweiligen Beitrags-Jahres, bei einem Feiertag oder Wochenende der darauf folgende Geschäftstag.

Bei Neueintritt gilt als Fälligkeitstag der 3. Donnerstag des Folgemonats nach dem Eintrittsdatum, bei einem Feiertag der darauffolgende Geschäftstag.

Name des Zahlungsempfängers: **AANB e.V.**

Anschrift: **Wedekindplatz 3  
30161 Hannover**

Gläubiger – ID - Nummer: **DE 37ZZZ00000468589**

Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers/Zahlungspflichtigen