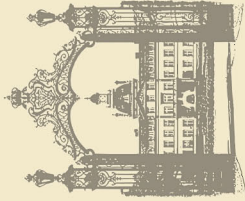


Bitte senden Sie die Beitrittserklärung ausgefüllt  
und in einem frankierten Fensterumschlag an:

Freunde und Förderer  
Historisches Museum Hanau  
Schloss Philippsruhe e.V.

Burgallee 67  
63454 Hanau



Freunde und Förderer  
Historisches Museum  
Hanau Schloss Philippsruhe e.V.

## UNSER MUSEUM BRAUCHT FREUNDE UND FÖRDERER

**MIT UNS** unterstützen Sie neue Museumskonzeptionen.

**MIT UNS** fördern Sie die Angebote für junge Besucher,  
Familien und Kinder.

**MIT UNS** ermöglichen Sie dringende Restaurierungen,  
damit verborgene Schätze aus dem Depot einen  
Platz im Museum finden.

**MIT UNS** haben Sie freien Eintritt in das Historische  
Museum Hanau Schloss Philippsruhe.

**MIT UNS** erleben Sie besondere Führungen und Vorträge.

**MIT UNS** treffen Sie Gleichgesinnte im Museumscafé  
Schloss Philippsruhe.

**MACHEN SIE MIT  
WERDEN SIE MITGLIED  
WIR FREUEN UNS AUF SIE**

Im Namen des Vorstandes:  
Margret Dausien · Vorsitzende

## BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft im Verein  
Freunde und Förderer Historisches Museum Hanau  
Schloss Philippsruhe e.V.

Name/Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Telefon

E-Mail:

Ich bin an einer aktiven Mitarbeit im Verein interessiert

Ja  Nein

**JAHRESBEITRÄGE** (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Einzelmitglied ..... 120 Euro  
 Eheleute/Paare ..... 200 Euro  
 Rentner/Rentnerinnen ..... 60 Euro  
 Jugendliche bis 18 Jahre,  
Auszubildende, Studierende ..... 30 Euro  
 Juristische Personen, Unternehmen, Vereine ..... 150 Euro  
 Freiwillig erhöhter Jahresbeitrag ..... Euro

**BEGINN DER MITGLIEDSCHAFT:**

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass mein Jahresbeitrag  
in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro von meinem Konto abgebucht werden  
darf.

Ort/Datum

Unterschrift

## Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger:

**Freunde und Förderer Historisches Museum Hanau Schloss Philippsruhe e.V.  
Burgallee 67, 63454 Hanau**

Gläubigeridentifikation: DE27ZZZ00001941035

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (wird vom Verein ausgefüllt)

### **1. Einzugsermächtigung**

Ich ermächtige hiermit widerruflich, den o.g. Zahlungsempfänger, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto abzubuchen.

### **2. SEPA-Lastschrift-Mandat**

Ich ermächtige hiermit widerruflich, den o.g. Zahlungsempfänger, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit mittels SEPA-Basislastschrift von meinem Konto abzubuchen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von o.g. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Institut vereinbarten Bedingungen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich der o.g. Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

### **Kontoinhaber (Zahlungspflichtiger)**

Vorname und Name / Firma: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

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

BIC: \_\_\_\_\_ (max. 11 Zeichen)

IBAN: **DE** \_\_\_\_\_ (max. 20 Zeichen)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel /Unterschrift(en)

**Bitte schicken Sie dieses Formular im Original an den Zahlungsempfänger.  
Ansonsten ist ein Bankeinzug nicht möglich.**