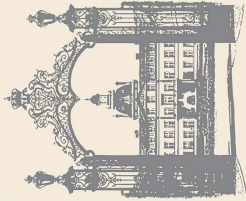


Bitte senden Sie die Beitrittserklärung ausgefüllt
und in einem frankierten Fensterumschlag an:

Freunde und Förderer
Historisches Museum Hanau
Schloss Philippsruhe e.V.
Karl-Eberhard Feußner
Friedrich-Ebert-Anlage 5
63450 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:
Karl-Eberhard Feußner

<https://www.museumsverein-hanau.de>

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.

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.**