

Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied des artem-inclusio e.V. werden und erkläre hiermit meinen Beitritt.

Name, Vorname

Firma

Straße

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon

Geburtsdatum (freiwillige Angabe)

Mitgliedschaft

Persönliche Mitgliedschaft (Mitgliedsbeitrag 24,- Euro bzw. angepasst gem. Staffelung – bis 18 Jahre -> 50%, bis 12 Jahre -> 0%) (bei Beginn der Mitgliedschaft im laufenden Kalenderjahr wird der Mitgliedsbeitrag im ersten Kalenderjahr auf die verbleibenden Monate gem. Staffelung berechnet, die Mitgliedschaft beträgt immer ein volles Kalenderjahr, eine Kündigung der Mitgliedschaft kann bis zum 30.11. für das Folgejahr erfolgen, die jeweils zum Mitgliedenantrag gültige Satzung des artem-inclusio e.V. ist mir bekannt.

Spende

Auch Nichtmitglieder sind herzlich eingeladen den artem-inclusio e.V. durch Spenden zu unterstützen

einmalige jährliche Spende von _____ Euro

Der artem-inclusio e.V. ist als gemeinnützig anerkannt, bei Spenden wird eine Spendenquittung ausgestellt, aus organisatorischen Gründen kann diese erst ab 10,- Euro erfolgen.

Einladungen, Informationen, Newsletter

Ich möchte zukünftig Einladungen zu Veranstaltungen des artem-inclusio e.V. und Informationen zu Ausstellungen von Preisträgern des Vereins sowie über Ausstellungen oder sonstige Neuigkeiten aus der Kunstszene in Frankfurt am Main und Umgebung per E-Mail an meine oben an- gegebene E-Mail-Adresse erhalten. Diese Einwilligung kann von mir jederzeit mit Wirkung für die Zukunft an info@artem-inclusio.de widerrufen werden.



Ort, Datum, Unterschrift

Zahlungsart

Überweisung

Ich überweise meinen Beitrag bzw. Spende auf das Konto des artem-inclusio e.V. nach Erhalt der Rechnung innerhalb von 14 Kalendertagen.

oder

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE40ZZZ00002418429

Die Mandatsreferenznummer wird im Kontoauszug des Kreditinstituts mitgeteilt. Ich ermächtige den artem-inclusio e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, diese Lastschriften einzulösen. 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.

Gesamtbetrag (Mitgliedschaft und Spende)

Kontoinhaber

IBAN

BIC Bank



Ort, Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular

per Fax an: +49 3212 4701676
per E-Mail an: info@artem-inclusio.de
oder per Post an:

artem-inclusio e.V.
Sossenheimer Mühlgasse 1 b
65936 Frankfurt am Main

Ich wurde auf den artem-inclusio e.V. aufmerksam durch:

