

# Antrag auf Mitgliedschaft im Förderverein Saalburg e. V.

Bitte per E-Mail oder Post schicken an:

foerderverein@saalburgmuseum.de

Förderverein Saalburg e.V.  
Römerkastell Saalburg - Archäologischer Park  
Am Römerkastell 1  
61350 Bad Homburg v.d.H.



Ich / wir beantrage(n) zum \_\_\_\_\_  
die Mitgliedschaft im Förderverein Saalburg e.V.

- als Einzelperson  
 als Familie (Ehepaare/Eltern mit ihren Kindern unter 18 J.)  
 als juristische Person / institutionelles Mitglied

Als Beitrag werde ich / werden wir jährlich bezahlen:

- den Mindestbeitrag
- von 30,- € für Einzelpersonen  
 von 50,- € für Familien  
 von 100,- € für juristische Personen /  
institutionelle Mitglieder

einen höheren Beitrag als den Mindestbeitrag:

\_\_\_\_\_ €

Mindestbeitrag und darüber hinaus gezahlte Beträge gelten als Spenden, die steuerlich absetzbar sind.

Aus organisatorischen Gründen kann der Beitrag nur über das **SEPA-Lastschriftverfahren** bezahlt werden. Bitte füllen Sie hierzu die nachfolgende Einzugsermächtigung aus.

Ihre hier angegebenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zu Vereinszwecken in einer nicht öffentlichen **Mitgliederdatenbank** beim EDV-Vereinservice der Taunus-Sparkasse gespeichert.

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname bzw. Firmenbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname des Partners (bei Familienmitgliedschaft)

\_\_\_\_\_  
Anzahl der Kinder unter 18 J. (bei Familienmitgliedschaft)

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Straße und Hausnr.)

\_\_\_\_\_  
Anschrift (Plz. und Wohnort)

\_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.

\_\_\_\_\_  
Fax-Nr.

\_\_\_\_\_  
**E-Mail**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift des Partners (bei Familienmitgliedschaft)

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnr.: DE21ZZZ00001219754

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, den Förderverein Saalburg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Saalburg e.V. auf mein Konto gezogenen 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.

Mandatsreferenz: Mitgliedsnummer (wird separat mitgeteilt)

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

\_\_\_\_\_  
Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
IBAN (Konto-Nr.)

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut

\_\_\_\_\_  
BIC (Bankleitzahl)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift