

Antrag und Lastschriftmandat senden an:
ACP Deutschland e.V. | Geschäftsstelle
per Post: c/o Würdezentrum gUG (hb) |
Geleitsstraße 14 | 60599 Frankfurt a.M.
oder per Fax: 069 3487 5317
oder per Mail: info@acp-d.org



MITGLIEDSANTRAG (Stand: 11/2022)
Advance Care Planning Deutschland e.V.
(ACP Deutschland e.V.)

Hiermit stelle ich den Antrag zur Aufnahme in ACP Deutschland e.V., Sitz in Frankfurt am Main, als:

- ordentliches Mitglied mit akademischem Abschluss (Jahresbeitrag: 90,- €)
- ordentliches Mitglied ohne akademischem Abschluss (Jahresbeitrag: 50,- €)
- Fördermitglied (Jahresbeitrag ab 250,- €)
- Schüler, Student, Azubi, Arbeitsloser oder Rentner (beitragsfrei: Nachweis anbei)

Grundlage der Mitgliedschaft ist die Vereinssatzung, die ich hiermit anerkenne (vgl. [Satzung](#)).

- Ich beantrage als seit _____ bei der _____
(Ausbildungsstätte bitte angeben) in Ausbildung befindlicher Gesprächsbegleiter:in eine
Beitragsbefreiung bis zum 31. Dezember des nächsten vollen Kalenderjahres.
Ein SEPA-Lastschrift-Mandat erteile ich auf der Folgeseite bereits vorsorglich für die
Weiterführung der Mitgliedschaft nach Ablauf der Beitragsbefreiung.

Ich gebe mit meiner Unterschrift mein Einverständnis, dass Einladungen und Veranstaltungsunterlagen
per E-Mail statt per Post versendet werden.

Name: _____ Vorname: _____ Geschlecht: _____

Dienstadresse: _____

Institution _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Land: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Optionale Angaben:

Geburtsdatum: _____ tätig als: _____

_____, den _____
Ort, Datum

Unterschrift

Antrag und Lastschriftmandat senden an:
ACP Deutschland e.V. | Geschäftsstelle
per Post: Geleitsstraße 14 | 60599
Frankfurt a. M.
oder per Fax: 069 3487 5317
oder per Mail: info@acp-d.org



Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Die Entrichtung des Mitgliedsbeitrages erfolgt **ausschließlich** durch Bankeinzug, der erstmals direkt nach dem Vereinsbeitritt und ab dem Folgejahr regelmäßig am 15.04. eines jeden Jahres erfolgt (Beitragshöhe siehe Mitgliedsantrag).

Zahlungsempfänger: ACP Deutschland e.V., Geleitsstraße 14, 60599 Frankfurt am Main.

Ich ermächtige die ACP Deutschland e.V., den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom ACP Deutschland e.V., auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: 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. Das Lastschrift-Mandat kann jederzeit widerrufen werden.

In der beitragsfreien Zeit wird kein Mitgliedsbeitrag eingezogen.

Name des Kontoinhabers:

Privatanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):

IBAN: _____

BIC: _____ Kreditinstitut: _____

_____, den ____ . ____ . 20____
Ort, Datum

Unterschrift

Zur Information des neuen Mitglieds

Die Lastschrift der ACP Deutschland wird folgende Angaben enthalten:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 26ZZ Z000 0213 0979

Mandatsreferenz: [Mitgliedsnummer des Vereinsmitglieds]