

Bitte zurück an Fax: 04552 – 999951

**Anschrift des Zahlungsempfängers:**  
**Freunde des Staatlichen Museums Schwerin e.V.**  
Alter Garten 3  
19055 Schwerin

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE40MBF00001282171**

**Mandatsreferenz/Mitgliedsnummer** (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) \_\_\_\_\_

### BEITRITTSERKLÄRUNG

Vorname, Name oder Firmenname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Bei Firmen Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

#### **Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige den oben angeführten Verein, den jährlichen Mitgliedsbeitrag von 300 € (Einzelmitgliedschaft), 400 € (Familien), 30,00 € (Juniormitglied), 600 € (Firmen) von meinem Konto zu unten genanntem(n) Termin(en) einzuziehen.

Zusätzliche Spenden sind willkommen. (.....,00 €)

1x jährlich  
(10.01.)

½ x jährlich  
(10.01., 10.07.)

¼ jährlich  
(10.01., 10.04., 10.07., 10.10.)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ ggf. Stempel

#### **SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige die **Freunde des Staatlichen Museums Schwerin e.V.**, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift als wiederkehrende Zahlung einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Freunde des Staatlichen Museums Schwerin 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

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

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/ ggf. Stempel