



# mieterberatung frankfurt e.v.

60598 frankfurt am main - mittlerer hasenpfad 15  
Telefon 069/451086 - Telefax 069/451087 - service@mieterberatung-frankfurt.de  
Sparkasse Offenbach BIC HELADEF1OF IBAN DE70 5055 0020 0000 0765 89  
Frankfurter Sparkasse BIC HELADEF1822 IBAN DE56 5005 0201 0000 8699 02

## Beitrittserklärung

**Mitgl.-Nr.:**

wird von der mieterberatung ausgefüllt

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur mieterberatung frankfurt e.v.

Der Beitrag beträgt derzeit jährlich 50,00 € für Wohnraummieter (bzw. 75,00 € für Gewerberaummieter) und ist jeweils für ein Jahr im Voraus fällig. Weiterhin ist eine einmalige Aufnahmegebühr in Höhe von 5,00 € zu zahlen.

**Beiträge und Gebühren werden grundsätzlich per SEPA-Lastschriftmandat eingezogen.**

Ich bestätige, die Satzung des Vereins erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

|  |  |
|--|--|
| Mietverhältnis (Zutreffendes bitte ankreuzen)    | <input type="checkbox"/> Wohnraum oder <input type="checkbox"/> Gewerberaum                          |
| Anrede (Zutreffendes bitte ankreuzen)            | <input type="checkbox"/> Frau oder <input type="checkbox"/> Herr oder <input type="checkbox"/> Firma |
| Nachname bzw. Firmenname                         |  |
| Vorname bzw. Firmenname (Forts.)                 |  |
| Adresse  |  |
| Beruf bzw. Rechtsform der Firma                  |  |
| Geburtsdatum und -ort bzw. Reg.-Nr. und -gericht |  |
| Telefon  |  |
| Telefax  |  |
| E-Mail   |  |

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige hiermit die mieterberatung frankfurt e.v., Zahlungen (Mitgliedsbeiträge, Aufnahmegebühr, Schreibgebühren) betreffend die o.g Mitgliedschaft von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der mieterberatung frankfurt e.v. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Gläubiger-Identifikationsnummer der mieterberatung frankfurt e.v. lautet DE80ZZZ00000362473.

Mandatsreferenz ist meine Mitgliedsnummer, die mir in der Aufnahmebestätigung noch mitgeteilt wird.

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.

|   |              |
|---|--------------|
| Bankname  |              |
| BIC   |              |
| IBAN  | DE _ _ _ _ _ |
| Kontoinhaber (falls nicht mit Mitglied identisch) |              |
| Anschrift (falls nicht mit Mitglied identisch)    |              |

## Unterschrift

|  |  |
|--|--|
| Ort und Datum  |  |
| Unterschrift Mitglied  |  |
| Unterschrift Kontoinhaber (falls nicht mit Mitglied identisch) |  |