

# Bestellschein (Zutreffendes bitte ankreuzen/eintragen!)

der "Märchenspiegel"

Zeitschrift für internationale Märchenforschung und Märchenpflege

Bestelladresse:

Märchen-Stiftung Walter Kahn, Postfach 11 30, 97326 Volkach

E-Mail: [info@maerchen-spiegel.de](mailto:info@maerchen-spiegel.de)

Fax: +49(0)9381 5764491

---

Ich bestelle hiermit das Abonnement zum Bezugspreis von 28,00 EUR/Jahr (= 4 Ausgaben) zzgl. *aktuell* gültigem Inlandspporto/Auslandspporto (auf Wunsch vorab zu erfragen).

Mitglieder der Europäischen Märchengesellschaft erhalten einen Rabatt von 2,50 EUR/Jahr. Der Abonnementzeitraum ist das Kalenderjahr. Das Abo verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, sofern es nicht zum 1. Dezember des laufenden Jahres gekündigt wird.

Eigenes Abo       Geschenk-Abo\*       EMG-Mitglied (sofern vorhanden, bitte Nachweis beifügen!)

Ich möchte alle Ausgaben bereits rückwirkend für das laufende Jahr beziehen.

Ich möchte ab Ausgabe \_\_\_\_\_ für das laufende Jahr beziehen.

Lieferanschrift:

Firma

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

E-Mail (für Bestätigung/Rückfragen)

Rechnungsanschrift (falls abweichend):

Firma

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Land

Datum, Unterschrift

\* Unterschrift des Bestellers / Zahlungspflichtigen

(nach dem Download aktiviert)

---

Für Lastschriften benötigen wir zudem das beigegefügte Formular „SEPA-Lastschriftmandat“ vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück!



**MÄRCHEN-STIFTUNG  
WALTER KAHN**

Märchen-Stiftung Walter Kahn, Schelfengasse 1, 97332 Volkach

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE12ZZZ00001624018

Mandatsreferenz:     Kd.-Nr.:      
*(Hier darf ausschließlich die Kundennummer eingetragen werden!)*

**SEPA-Lastschriftmandat (Wiederkehrende Zahlung)**

Ich ermächtige die Märchen-Stiftung Walter Kahn, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Märchen-Stiftung Walter Kahn 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.

\_\_\_\_\_  
*Vorname und Name (Kontoinhaber)*

\_\_\_\_\_  
*Straße und Hausnummer*

\_\_\_\_\_  
*PLZ und Ort*

\_\_\_\_\_  
*Kreditinstitut*

\_\_\_\_\_  
*IBAN*

\_\_\_\_\_  
*BIC*

\_\_\_\_\_  
*Datum, Ort*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift*