

Fördermitgliedschaft

Hiermit erkläre ich meine Fördermitgliedschaft im Verein
FRAUEN GESUNDHEIT FAMILIEN ZUKUNFT e.V.

als private, natürliche Person im Rahmen einer Fördermitgliedschaft mit jährlich

25 € _____ € (mehr als 25 €/Jahr)

als juristische Person im Rahmen einer Fördermitgliedschaft mit jährlich

500 € _____ € (mehr als 500€/Jahr)

(Der Beitrag ist steuerlich voll abzugsfähig.)

Ich ermächtige ich FRAUEN GESUNDHEIT FAMILIEN ZUKUNFT e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von FRAUEN GESUNDHEIT FAMILIEN ZUKUNFT e.V. 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.

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Datum: _____

Ort: _____

Unterschrift: _____

Im Falle einer Mitgliedschaft bitten wir um Rücksendung an:

FRAUEN GESUNDHEIT FAMILIEN ZUKUNFT e.V.
Sylvia Nogens
Bachstraße 12
53819 Neunkirchen-Seelscheid

Stand 12/2017