

**FRAUEN HELFEN FRAUEN E.V.**

**POSTFACH 1223**

**93130 BURGLENGENFELD**

**Gläubiger-Identifikationsnr.: DE42FHF00000374991**

**Steuernr.: 211/108/40036**

**TELEFON: 09471-7131 • TELEFAX: 09471-808376 • E-MAIL:**

**Frauenhaus.sad@outlook.de**

## **BEITRITTSERKLÄRUNG-MITGLIEDSCHAFT**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mitgliedschaft ab: \_\_\_\_\_

Mitgliedsbeitrag(jährlich): 31.- €

Anderer Betrag: \_\_\_\_\_

Der Austritt ist nur zum Ende eines Geschäftsjahres möglich und muss schriftlich unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten erfolgen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**FRAUEN HELFEN FRAUEN E.V.**

**SPARKASSE LK SCHWANDORF**

**IBAN: DE66750510400190251959**

**BIC: BYLADEM1SAD**

**FRAUEN HELFEN FRAUEN E.V.**

**POSTFACH 1223**

**93130 BURGLENGENFELD**

**Gläubiger-Identifikationsnr.: DE42FHF00000374991**

**Steuernr.: 211/108/40036**

**TELEFON: 09471-7131 • TELEFAX: 09471-808376 • E-MAIL:**

**Frauenhaus.sad@outlook.de**

**SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT/MITGLIEDSCHAFT**

Ich ermächtige den „Verein Frauen helfen Frauen“ e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein Frauen helfen Frauen 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.

Mandatsreferenz (wird vom Verein ausgefüllt): \_\_\_\_\_

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Mitgliedsbeitrag: \_\_\_\_\_ € (Mindestbeitrag 31.-€)

Fälligkeiten: **jährlich zum 15.05.**

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

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

Bank: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**FRAUEN HELFEN FRAUEN E.V.**

**SPARKASSE LK SCHWANDORF**

**IBAN: DE66750510400190251959**

**BIC: BYLADEM1SAD**