



AUFNAHMEANTRAG

Ich bitte um Aufnahme in den Verein Frauen- und Mädchengesundheitszentrum MEDEA e.V. Die Satzung und die Beitragsordnung des Frauen- und Mädchengesundheitszentrum MEDEA e.V. habe ich erhalten und erkenne sie als verbindlich an.

(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- Ich möchte Mitfrau im Verein werden. Der Mitfrauenbeitrag wird von der Mitfrauenversammlung festgelegt. Er beträgt derzeit
 - 15 € / Jahr (bei einem monatlichen Nettoeinkommen bis 1.000,00 €)
 - 30 € / Jahr (bei einem monatlichen Nettoeinkommen ab 1.001,00 €)
 - 50 € / Jahr (bei juristischen Personen)
 - Ich erhöhe freiwillig meinen Mitfrauenbeitrag auf _____ € / Jahr.
- Ich möchte Fördermitglied des Vereins werden.
 - 50 € / Jahr
 - Ich fördere den Verein mit einem Beitrag von _____ € / Monat.

Name: Vorname:

geb. am:

Anschrift:

Telefon: Email:

Ort, Datum

Unterschrift

vom FMGZ MEDEA e.V. auszufüllen

Aufnahme am:

zum:



Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Credit Identifier)

DE59ZZZ00002296740

Mandatsreferenz - vom FMGZ MEDEA e.V. auszufüllen

SEPA-Lastschrift-Mandat

Wiederkehrende Zahlungen

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Ich ermächtige den Frauen- und Mädchengesundheitszentrum e.V., den Vereinsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Frauen- und Mädchengesundheitszentrum 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.

KontoinhaberIn (Vorname und Name)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	BIC
IBAN	

Ort, Datum

Unterschrift