



*frauengesundheitstage*

## Beitrittserklärung

**Ich trete dem Verein „FrauenGesundheitsTage e.V.“**

c/o Anke Precht, Steinstr. 28, 77652 Offenburg, als Mitglied bei.

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich zahle den Mindestjahresbeitrag von 20 Euro

Ich zahle gern einen höheren Jahresbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro

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

### *Sepa Lastschrift Mandat*

Das Geschäftsjahr entspricht dem Kalenderjahr. Mitgliedsbeiträge werden jährlich abgebucht. Weitere Informationen, insbesondere zur Kündigung, können der Satzung entnommen werden.

### **FrauenGesundheitsTage e.V.**

**c/o Anke Precht, Steinstraße 28, 77652 Offenburg, [www.fgt-og.de](http://www.fgt-og.de)**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE29ZZZ00002172344

Mandatsreferenz entspricht der Mitgliedsnummer

Ich ermächtige den Verein „FrauenGesundheitsTage e.V.“ Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, diese 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.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_ Geldinstitut \_\_\_\_\_

**IBAN** DE

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber \_\_\_\_\_