

**Ich möchte gerne im gemeinnützigen Verein  
FrauenGesundheitsZentrum m Förderfrau werden.**



FrauenGesundheitsZentrum e.V.

Grimmstraße 1  
80336 München

**Ich bekomme**

- zwei Mal im Jahr das FGZ-Programm zugeschickt
- 15% Ermäßigung auf alle Veranstaltungen
- Einladungen zu den Mitfrauenversammlungen

**Ich bezahle € \_\_\_\_\_ (mind. € 30,68) jährlich**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon / E-Mail \_\_\_\_\_

Ich gebe dem FGZ eine Einzugsermächtigung, damit mein Beitrag einmal pro Jahr am 1. Dezember von meinem Konto abgebucht wird.

Ich überweise meinen Mitgliedsbeitrag jährlich selber.

Meine Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn ich nicht einen Monat vor Ablauf des Jahres schriftlich kündige.

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

**Einzugsermächtigung:**

Name und Anschrift der Kontoinhaberin: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

An (Zahlungsempfängerin)  
FrauenGesundheitsZentrum e.V.  
Grimmstraße 1  
80336 München

Hiermit ermächtige ich das FGZ meinen Förderfrauenbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos

BLZ \_\_\_\_\_ Kto. \_\_\_\_\_

bei (Name der Bank/Sparkasse) \_\_\_\_\_ durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Girokonto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens der kontoführenden Bank oder Sparkasse keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden nicht vorgenommen.

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