

# Ich möchte gerne im gemeinnützigen Verein

## FrauenGesundheitsZentrum Förderfrau werden



FrauenGesundheitsZentrum e.V.

Grimmstraße 1  
80336 München

### Ich bekomme

- zwei Mal im Jahr das FGZ-Programm zugeschickt
- 20% 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 \_\_\_\_\_

### SEPA-Lastschriftmandat:

**Gläubiger-Identifikationsnummer des FrauenGesundheitsZentrums e.V. : DE40FGZ00000868175**

Ich ermächtige das FrauenGesundheitsZentrum e.V., Zahlungen in Höhe von \_\_\_\_\_ € von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom FrauenGesundheitsZentrum 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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaberin)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort

IBAN DE \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

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