

**JA, AUCH ICH MÖCHTE MITFRAU WERDEN,
UM DAS FRAUENGESUNDHEITZENTRUM ZU UNTERSTÜTZEN!**

Name:
Vorname:
Geb.-Datum:
Straße:
Ort:
Tel.:

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum „Verein zur Förderung der Frauengesundheit im Ruhrgebiet e.V.“

Meinen Monatsbeitrag überweise ich auf das Konto des „Vereins zur Förderung der Frauengesundheit im Ruhrgebiet e.V.“

Konto Nr.: 35 392 200
GLS Gemeinschaftsbank e.G. Bochum
BLZ: 430 609 67

Monatsbeitrag:

Mindestbeitrag €3,-
Beitrag nach Selbsteinschätzung €

Einzugsermächtigung:

Hiermit erlaube ich, den Mitfrauenbeitrag per Lastschrift von meinem Konto abzubuchen:

- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich

Geldinstitut / Ort:
BLZ:
Konto Nr.:
Ort / Datum:
Unterschrift:

Spenden / Mitfrauenbeiträge sind steuerlich absetzbar.