

## Beitrittserklärung

Zum \_\_\_\_\_ (Datum) trete ich dem  
Frauen- und Mütterzentrum COURAGE Neu Wulmstorf e.V. als ordentliches / förderndes (\*) Mitglied bei, und  
verpflichte mich zu einem Monatsbeitrag von \_\_\_\_\_ EURO. (\*Nichtzutreffendes bitte streichen)

Der monatliche Beitrag als ordentliches Mitglied beträgt 3 EURO laut Beschluss der Mitgliederversammlung 2001. Die Mitgliedschaft ist unbefristet. Der Austritt muss schriftlich mit vierwöchiger Frist zum Monatsende erfolgen.

Mit der Speicherung meiner Daten auch in elektronischer Form bin ich einverstanden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Neu Wulmstorf, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

### BITTE IN BLOCKSCHRIFT

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ : \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_ ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Um Kosten zu sparen, bitten wir um Ihr widerrufliches SEPA-Lastschriftmandat. Sie können selbstverständlich auch überweisen oder bar einzahlen. Unsere Bankverbindung lautet:  
Sparkasse Harburg-Buxtehude, IBAN: DE90 2075 0000 0028 0047 94, BIC: NOLADE21HAM

### SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE90ZZZ00000408659

Ich ermächtige Courage e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Courage e.V. auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Vor- und Nachname des Kontoinhabers: .....

Straße und Hausnummer .....

Postleitzahl und Ort .....

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

BIC \_\_\_\_\_

Neu Wulmstorf, den \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Kontoinhaber)

Sollte eine Abbuchung nicht möglich sein, gehen eventuell anfallende Kosten zu Ihren Lasten.