

Beitragsformular für Geschenkmitgliedschaften



Evangelische **Frauenhilfe** in Westfalen e.V.

Evangelische Frauenhilfe in Westfalen e.V.
Iris Bonse
Feldmühlenweg 19
59494 Soest

Einzelmitgliedschaft bei der Evangelischen Frauenhilfe in Westfalen e.V.

Glauben finden, stärken und entwickeln - Solidarität von Frauen und für Frauen - dies sind Schätze, die die Evangelische Frauenhilfe in Westfalen bietet - auf der Grundlage unseres Glaubens mit dem Blick über den Tellerrand gilt es nachhaltig zu handeln.

Wer wird beschenkt?

Vor- und Nachname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Jahresbeitrag:

Der Jahresbeitrag beträgt mindestens 30,00 Euro.

Ich erhöhe den Jahresbeitrag freiwillig auf

- 40 Euro
- 50 Euro
- 60 Euro
- _____ Euro

Dauer der Geschenkmitgliedschaft

12 Monate

Die verschenkte Mitgliedschaft gilt für das Kalenderjahr _____

unbegrenzt (bis auf Widerruf)

Die Mitgliedsunterlagen werden verschickt an:

die Beschenkte an mich

An welchem Datum sollen die Unterlagen in der Post sein? _____

Bitte berücksichtigen Sie eine Bearbeitungszeit von 14 Tagen.

Meine Daten:

Vor- und Nachname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Ich bin

- Forums-Mitglied bei der Evangelischen Frauenhilfe in Westfalen e.V.
 Mitglied bei der Evangelischen Frauenhilfe in _____
 Mitglied _____
 kein Mitglied

Ort, Datum

Unterschrift

Mitgliedschaft für 12 Monate

Bitte überweisen Sie den Mitgliedsbeitrag einmalig. Ein Konto und die Mandatsreferenznummer teilt Ihnen die Evangelische Frauenhilfe in Westfalen e.V. mit.
Ein SEPA-Mandat für einen einmaligen Einzug wird nicht erteilt.

Unbegrenzte Mitgliedschaft

Hiermit ermächtige ich die Evangelische Frauenhilfe in Westfalen e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Evangelischen Frauenhilfe in Westfalen e.V., Feldmühlenweg 19, 59494 Soest, auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: DE _____

BIC: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die mit dieser Beitrittserklärung erhobenen Daten für Zwecke der Mitgliederverwaltung nach Maßgabe der Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung (DSVGO) gespeichert und verarbeitet werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ihre Ansprechpartnerin bei Fragen und für persönliche Beratung:
Iris Bonse
Tel. 02921 371-202
bonse@frauenhilfe-westfalen.de