



Freundinnen

des Archivs der deutschen
Frauenbewegung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein

FREUNDINNEN DES ARCHIVS DER DEUTSCHEN FRAUENBEWEGUNG

Ich werde den Verein unterstützen mit monatlich:

- 5,- Euro
 10,- Euro
 15,- Euro
 20,- Euro
 25,- Euro
 _____ Euro

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist jederzeit möglich.

Ich bin damit einverstanden, als Spenderin öffentlich genannt zu werden

ja / nein (zutreffendes bitte ankreuzen)

ADRESSE:

Name, Vorname

Straße, Ort

Email

Ort, Datum

Unterschrift

ABBUCHUNGSGENEHMIGUNG

Ich erteile die Genehmigung, dass ein Betrag in Höhe von Euro _____

monatlich / vierteljährlich / halbjährlich / jährlich von meinem Konto

Konto Nr.: _____

bei der _____

BLZ _____

abgebucht wird.

Ort, Datum

Unterschrift