

---

# VEREINSBEITRITT

---



Ich möchte die Initiative REGENBOGEN „Glücklose Schwangerschaft“ e.V. durch meine Mitgliedschaft unterstützen.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die in der Hauptgeschäftsstelle ausliegende Satzung, die mir nach Aufnahme meines Mitgliedsantrages zugesandt wird, sowie die Höhe des jährlichen Mitgliedbeitrages von derzeit 25,00 EUR für Einzelpersonen und 31,00 EUR für Partner oder einer unterstützenden Mitgliedschaft ab 31,00 EUR oder einer Mitgliedschaft für Institutionen/Krankenhäuser/Bestatter ab 65,00 EUR (Stand 1/2015). Wird der Beitrag durch Rechnung fällig, erhöht sich dieser um 2,50 EUR für Verwaltungsgebühren.

Auf Anforderung kann gern eine Spendenbescheinigung ausgestellt werden.

- Einzelperson 25,00 EUR                       Paare 31,00 EUR
- unterstützende Mitgliedschaft \_\_\_\_\_ (bitte Betrag ab 31,00 EUR einsetzen)
- Institution / Krankenhaus / Bestatter \_\_\_\_\_ (bitte Betrag ab 65,00 EUR einsetzen)

NAME/N \_\_\_\_\_ VORNAME/N \_\_\_\_\_

INSTITUTION / KRANKENHAUS / BESTATTER \_\_\_\_\_

STRASSE \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ ORT \_\_\_\_\_

BUNDESLAND \_\_\_\_\_ TELEFON \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum, Unterschrift

## SEPA-BASIS-LASTSCHRIFTMANDAT

Initiative REGENBOGEN „Glücklose Schwangerschaft“ e.V.  
Hauptgeschäftsstelle  
Hillebachstraße 20  
37632 Eimen

Gläubiger-Identifikationsnummer DE51ZZZ00001233279  
Mandatsreferenz entspricht der Mitgliedsnummer und wird Ihnen separat mitgeteilt.

Ich ermächtige die Initiative REGENBOGEN „Glücklose Schwangerschaft“ e.V., den Mitgliedsbeitrag in Höhe von derzeit jährlich 25,00 EUR (Einzelperson) bzw. 31,00 EUR (Familienbeitrag) oder den von mir eingesetzten freiwilligen Betrag

in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR

von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Initiative REGENBOGEN „Glücklose Schwangerschaft“ 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.

KONTOINHABER

NAME \_\_\_\_\_ VORNAME \_\_\_\_\_

STRASSE \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ ORT \_\_\_\_\_

KREDITINSTITUT \_\_\_\_\_

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

Diese Ermächtigung hat so lange Gültigkeit, bis ich sie widerrufe.

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

**SENDEN SIE DIESES FORMULAR BITTE AUSGEFÜLLT UND UNTERSCHRIEBEN AN:**

Initiative REGENBOGEN „Glücklose Schwangerschaft“ e.V.  
Cornelia Knoop · Hohnhorster Str. 9 · 29351 Eldingen