

## Beitrittserklärung

LesbenRing e.V. - Geschäftsstelle  
Kopernikusstr. 3  
14482 Potsdam



Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz/Mobil) \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Der Mindestbeitrag beträgt jährlich 60 Euro. Es steht Mitfrauen, die den Verein besonders fördern wollen, frei einen beliebig höheren Beitrag zu zahlen.  
Im begründeten Einzelfall kann in Absprache ein geringerer Beitrag festgesetzt werden.

Meinen Jahresbeitrag lege ich fest auf \_\_\_\_\_ €

- Datenschutz: Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten in der internen Datenbank gespeichert und den Mitfrauen zugänglich gemacht werden.
- Die Satzung des LesbienRing e.V. habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiert.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Beitragszahlung

Wir bitten um die Erteilung eine SEPA – Einzugsmandates (beiliegendes Formular).

Falls das nicht möglich sein sollte, ist der Jahresbeitrag zu Anfang eines jeden Jahres auf unser Konto bei der Sparkasse Heidelberg zu überweisen.

IBAN: DE20 6725 0020 0009 0529 50

BIC: SOLADES1HD

## Kombimandat

zur Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA –  
Lastschriftmandats

LesbenRing e.V. - Geschäftsstelle  
Kopernikusstr. 3  
14482 Potsdam



Gläubiger-Identifikationsnummer: DE94ZZZ00001345607

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name Kontoinhaberin; Vorname und Name Mitfrau/Mitglied falls abweichend

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort und Land

### 1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Verein LesbenRing e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen

### 2. SEPA – Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Verein LesbenRing e.V. widerruflich Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein LesbenRing 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.

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstituts der Kontoinhaberin

\_\_\_\_\_  
BIC

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

\_\_\_\_\_  
Jahresbeitrag in Euro

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