

# JA,

## ich möchte ab sofort Mitglied im Förderverein von BEST werden.



**Förderverein BEST**

Name .....

Vorname .....

Straße .....

PLZ/Ort .....

Telefon\* .....

E-Mail\* .....

\*freiwillige Angabe

Waldstr. 12

22926 Ahrensburg

Telefon 04102 82 11 11

Telefax 04102 46 62 55

E-Mail frauenberatung@best-ahrensburg.de

Bankverbindung Sparkasse Holstein

Konto 213 522 40

BLZ 200 505 50

IBAN DE 64 2135 2240 0179 039177

BIC NOLADE21HOL

**Ich werde Mitglied im Förderverein von BEST\* und unterstütze den Förderverein finanziell:**

- |                                    |                                     |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EUR 5,-   | <input type="checkbox"/> monatlich  |
| <input type="checkbox"/> EUR 10,-  | <input type="checkbox"/> ¼ jährlich |
| <input type="checkbox"/> EUR 20,-  | <input type="checkbox"/> ½ jährlich |
| <input type="checkbox"/> EUR ..... | <input type="checkbox"/> jährlich   |
|                                    | <input type="checkbox"/> einmalig   |

\*Mitgliedsbeiträge sind steuerlich absetzbar. Sie erhalten vom Förderverein von BEST automatisch eine Spendenbescheinigung im ersten Quartal des kommenden Jahres.

**Ich möchte nichtzahlendes Mitglied im Förderverein werden.**

- Ich überweise den genannten Betrag auf das oben angegebene Konto.  
(Bei einer Mitgliedschaft ist nur eine Einzugsermächtigung möglich.)

Ort/Datum ..... Unterschrift .....

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

- Hiermit erteile ich dem Förderverein von BEST Beratungsstelle für Frauen und Mädchen Ahrensburg e. V. eine Einzugsermächtigung. Der oben angekreuzte Betrag darf per Lastschrift von meinem Konto abgebucht werden.

Kontoinhaber ..... Kreditinstitut .....

Bankleitzahl ..... Kontonummer .....

Ort, Datum ..... Unterschrift .....

\* Ihre Mitgliedschaft können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen beenden. Ihren Lastschriftauftrag können Sie innerhalb von sechs Wochen bei Ihrer Bank widerrufen.