



# 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