

## ***Fördermitgliedschaft***

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße, Haus Nr.:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_ **Geb.:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **Handy Nr.:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_ **E-Mail :** \_\_\_\_\_

**Staatsangehörigkeit:** \_\_\_\_\_ **Konfession:** \_\_\_\_\_

*Ich erkläre mich bereit, die Aktivitäten des BFmF e.V. bis auf Widerruf mit einem Betrag von \_\_\_\_\_ € monatlich zu fördern (Mindestbetrag 15 € / Schüler/Studenten 7,50 €).*

**Die Kündigungsfrist der Mitgliedschaft und der Beiträge beträgt 3 Monate.**

*Mit der beigefügten Lastschrift-Einzugsermächtigung erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Mitgliedsbeitrag von meinem Konto eingezogen wird (siehe Anlage).*

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der Eltern**  
*(Bei Minderjährigen)*

**Begegnungs- und Fortbildungszentrum muslimischer Frauen (BFmF) e.V.**  
**Liebigstr. 120b, 50823 Köln**



**Muslimisches Familienbildungswerk Köln - Muslimisches Frauenbildungswerk Köln - Muslimische Akademie**

Zahlungsempfänger:

Begegnungs- und Fortbildungszentrum muslimischer Frauen BFmF e .V.  
Liebigstr120 & 120b, 50823 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer:

**DE07 2220 0000 0814 20**

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):**

\_\_\_\_\_

**Verwendungszweck:**

Mitgliedsbeitrag

Übermittagsbetreuung

Kita-Mittagessen

Spende

**Einzugsermächtigung**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen( A) den Zahlungsempfänger (N ame s.o.), Z ahlungen von meinem / unserem K onto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich ( B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name s.o.) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. E s gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Zahlungsfolge:**

monatlich

halbjährlich

jährlich

Die Abbuchung in Höhe von \_\_\_\_\_ € erfolgt ab dem \_\_\_\_\_ jeweils zum Beginn eines Monats

\_\_\_\_\_  
Name des Kontoinhabers

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

Bank

----->

D	E																					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	

IBAN (max. 22 Stellen in Pfeilrichtung ausfüllen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Kontoinhabers / Bevollmächtigten