

---

Absender

Frauenzentrum Kempten e. V.  
Zwingerstr. 10  
87435 Kempten



**Beitritterklärung**

Ich erkläre meinen Beitritt als Mitfrau zum Frauenzentrum Kempten e.V.

---

Name, Vorname

---

Anschrift

---

Telefon/Fax/ Email-Adresse

---

Geburtsdatum

---

Beruf

---

Datum/Unterschrift

Ich ermächtige das Frauenzentrum Kempten bis auf Widerruf, die von mir zu entrichtenden Beiträge mit Lastschrift von meinem Girokonto einzuziehen.

---

Kontonummer

---

BLZ

---

Bankinstitut

---

Datum/Unterschrift

Regelbeitrag monatlich 10,-- €

Beitrag für Geringverdienerinnen  
7,50 €      5,-- €      2,50 €

(bitte ankreuzen)