

## ANTRAG AUF FÖRDERMITGLIEDSCHAFT IM FRAUENPOLITISCHEN RAT LAND BRANDENBURG E.V.

Kontakt: Charlottenstr. 121  
14467 Potsdam  
Fon: 0331 / 280 35 81  
Fax: 0331 / 24 00 72  
Mail: [kontakt@frauenpolitischer-rat.de](mailto:kontakt@frauenpolitischer-rat.de)  
[www.frauenpolitischer-rat.de](http://www.frauenpolitischer-rat.de)

- Ich beantrage die Fördermitgliedschaft im Frauenpolitischen Rat Land Brandenburg e.V.  
Die Vereinssatzung erkenne ich an.

Der Mindestbeitrag für die Fördermitgliedschaft beträgt pro Jahr:

- für natürliche Personen 50,- €
- für juristische Personen, Gesellschaften,  
Organisationen und Gruppen 100,- €.

Die Fördermitgliedschaft beginnt auf Antrag mit Zahlung des ersten Jahresbeitrages. Die Folgebeiträge der Fördermitgliedschaft sind jeweils bis zum 10. Januar des jeweiligen Kalenderjahres auf das u.g. Konto einzuzahlen

Ich zahle meinen Förderbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ jährlich durch:

- Lastschriftinzug (bitte beiliegendes Formular ausfüllen & unterschrieben zurücksenden)  
 Dauerüberweisung  Jährliche Überweisung  in monatlichen Raten i.H.v. \_\_\_\_\_

IBAN: DE24 1605 0000 3502 2394 43  
BIC: WELADED1PMB bei der Mittelbrandenburgischen Sparkasse  
Empfänger: Frauenpolitischer Rat Land Brandenburg e.V.  
Verwendungszeck: Mitgliedsbeitrag „Jahr“, „Name“

Name/Vorname	
Straße / Hausnummer	
Postleitzahl / Wohnort	
Telefon /Fax	E-Mail
Verband/Organisation/Verein/Institution	
Ort, Datum	Unterschrift

gefördert vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg

# FRAUEN RAT

## POLITISCHER RAT

LAND BRANDENBURG E.V.

FPR Brandenburg • Charlottenstraße 121 • 14467 Potsdam  
Gäubiger-ID: DE47ZZZ00002062410

### SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige den Frauenpolitischen Rat Land Brandenburg e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Frauenpolitischen Rat Land Brandenburg 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.

### IHRE ANGABEN:

Name/Vorname	
Straße / Hausnummer	
Postleitzahl / Wohnort	
Telefon /Fax	E-Mail
Verband/Organisation/Verein/Institution	
Ort, Datum	Unterschrift

**FRAUENPOLITISCHER RAT**  
**LAND BRANDENBURG E.V.**  
CHARLOTTENSTRASSE 121  
14467 POTSDAM

**MAIL** KONTAKT@FRAUENPOLITISCHER-RAT.DE  
**FON** 0331 / 280 35 81  
**FAX** 0331 / 24 00 72

**WWW.FRAUENPOLITISCHER-RAT.DE**  
WWW.FRAUENORTE-BRANDENBURG.DE

**VEREINSREGISTER**  
VR670P AMTSGERICHT POTSDAM  
STEUERNUMMER 046/140/04768

**GESCHÄFTSKONTO**  
IBAN DE24 1605 0000 3502 2394 43  
BIC WELADED1PMB