

Mitgliedsantrag

Wir sind in vielen Bereichen der Lebens- und Familienhilfe aktiv und leisten praktische Hilfe:

- bei Fragen zu sozialrechtlichen Ansprüchen während und nach der Schwangerschaft
- bei Konflikten in der Schwangerschaft
- bei der Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber Behörden
- bei der Beantragung von Stiftungshilfen für bedürftige Schwangere und in Not geratene Familien
- bei Partnerschaftsproblemen/sexuellen Problemen
- bei Fragen rund um Verhütung und Kinderwunsch
- bei Fragen rund um altersgerechte Aufklärung von Kindern und Jugendlichen
- beim Schutz von Kindern vor sexueller Gewalt

pro familia-Arbeit ist wichtig! pro familia-Arbeit braucht Ihre Unterstützung!

Ja, ich will die Arbeit von pro familia unterstützen und erkläre hiermit meinen Beitritt zum pro familia Landesverband Brandenburg e.V.

€ als Mitglied mit einem Jahresbeitrag von 36,- € (inkl. kostenlosem Abo des pro familia-Magazins)

€ als Fördermitglied mit einem jährlichen Beitrag in Höhe von _____ € (Sie können die Höhe des Beitrages selbst festlegen)

Ich überweise den Betrag direkt an pro familia:

Mittelbrandenburgische Sparkasse, IBAN: DE71 160500003517008884 BIC: WELADED1PMB

€ für den Jahresbeitrag füge ich eine Mandatserteilung (s. Anlage) bei, so dass der Beitrag von meinem Konto abgebucht werden kann

Name

Vorname

Straße/Hausnummer
Angabe)

Geburtsdatum (freiwillige

PLZ/Ort

Tel./Mail-Adresse

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie den Antrag an: pro familia Brandenburg, Charlottenstr. 30, 14467 Potsdam, Tel. 0331 7408397, Fax: 0331 7408399, Mail: lv.brandenburg@profamilia.de, www.profamilia.de

SEPA-Basislastschrift (SEPA direct debit core)

pro familia Brandenburg e.V., Charlottenstr. 30, 14467 Potsdam

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE78ZZZ00000981272**

Mandatsreferenz: (wird Ihnen nach Erhalt des Mitgliedsantrages mitgeteilt)

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige den pro familia Landesverband Brandenburg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von pro familia Brandenburg e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name

Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Kreditinstitut (Name)

(BIC)

DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift des Zahlungspflichtigen