

Rat&Tat-Zentrum  
für queeres Leben e. V.  
Theodor-Körner-Straße 1  
28203 Bremen

## Beitrittserklärung

Ich möchte die Arbeit des Rat&Tat-Zentrum für queeres Leben e. V. in Bremen unterstützen und erkläre daher meinen Beitritt zum Verein.

*Bitte beide Seiten des  
Formulars vollständig aus-  
gefüllt an die oben an-  
gegebene Adresse senden.*

Vorname, Name

*Die vom Verein verschickte  
Post erhalte ich diskret.*

Straße

*Spenden und Beiträge sind  
steuerlich voll abzugsfähig.  
Das Rat&Tat-Zentrum ist vom  
Finanzamt als gemeinnützig  
anerkannt und u.a. Mitglied im  
Deutschen Paritätischen Wohl-  
fahrtsverband, der Deutschen  
AIDS-Hilfe und anerkannter  
Träger der Jugendhilfe.*

PLZ, Ort

E-Mail

Ort, Datum

Unterschrift

*Bitte auch nachfolgende  
Seite zur **Zahlungsweise**  
**des Beitrags** beachten!* ▼

## Beitragszahlung

Mein monatlicher Beitrag beträgt  €

Ich möchte meinen Beitrag wie folgt leisten:

jährlich  halbjährlich  vierteljährlich  monatlich (nur Lastschriftmandat)

*Der Monatsbeitrag beträgt mindestens 8 €; für Schüler\_innen, Studierende und andere zur Ermäßigung Berechtigte mit einem entsprechendem Nachweis 4 €.*

### **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige das Rat&Tat-Zentrum für queeres Leben e.V. in Bremen, den oben genannten Beitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger gezogenen Lastschriften einzulösen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE32 ZZZ 00000 756963

Mandatsreferenz (vom Rat&Tat-Zentrum auszufüllen):

Zahlungsart:  Wiederkehrende Zahlung

Name der/des Kontoinhabenden:

IBAN (max. 35 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort, Datum

Unterschrift der/des Kontoinhabenden

### **Überweisung**

Ich überweise den oben genannten Betrag auf das Konto des Rat&Tat-Zentrums.

Ort, Datum

Unterschrift

*Für die Verwaltung stellt der Einzug der Beiträge per SEPA-Lastschriftmandat eine große Erleichterung dar. Dabei besteht kein Risiko, da bei Unstimmigkeiten die Rückgabe der Lastschrift garantiert ist. Beginnend mit dem Datum der Belastung kann innerhalb von acht Wochen eine Erstattung verlangt werden. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.*

#### **Bankverbindung**

IBAN:

DE95 2905 0101 0010 4547 34

BIC:

SBREDE22XXX