

**Frauengesundheitszentrum SIRONA eV**

Schiersteiner Str. 21  
Eingang Niederwaldstraße  
65187 Wiesbaden  
Tel. 0611.301694  
Fax 0611 3608258  
fgz-sirona@t-online.de  
[www.fgz-sirona.de](http://www.fgz-sirona.de)



**Ich möchte die Arbeit des Frauengesundheitszentrums fördern**

Als Fördermitglied erhalte ich halbjährlich das aktuelle Programm. Ich kann an der jährlichen Jahres-Hauptversammlung teilnehmen. Die Fördermitgliedschaft kann jederzeit gekündigt werden.

Name .....Vorname.....

Straße.....

PLZ / Wohnort.....

Email:.....

Telefon:.....Handy.....

Ort / Datum.....

Unterschrift.....

**Förderbeitrag 60 € pro Jahr**

- Der Betrag wird jährlich von meinem Konto abgebucht.
- Ich überweise den Betrag auf das *SIRONA*-Konto bei der Wiesbadener Volksbank eG  
IBAN: DE38 5109 0000 0006 4312 08 BIC: WIBADE5W
- monatlich 5.- €  vierteljährlich 15.- €  halbjährlich 30.- €  jährlich 60.-€

Ermächtigung zum Einzug: SEPA-Lastschriftmandat

An (Zahlungsempfänger)

Frauengesundheitszentrum *SIRONA* e.V.

Schiersteiner Str. 21, Wiesbaden

Gläubiger- Identifikationsnummer: DE60ZZZ00000582538

Hiermit ermächtige ich das FGZ *SIRONA*, den von mir zu entrichtenden Förderbeitrag mittels Lastschrift von folgendem Konto einzuziehen:

Name, Vorname.....

IBAN DE ..... BIC .....

Kreditinstitut / Zahlungsdienstleister.....

Ort / Datum.....Unterschrift.....