

- Ja, ich möchte Frauen und Mädchen in schweren Lebenssituationen helfen.  
Pro m<sup>2</sup> unterstütze ich die Frauenberatungsstelle monatlich mit 5 Euro.

Schenken Sie  
1 m<sup>2</sup> Mut !

- Ich übernehme die Patenschaft für \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>.  
(Der jährliche Beitrag pro qm beträgt 60 Euro.)

Spendenbetrag insgesamt:

\_\_\_\_\_ m<sup>2</sup> x 60 Euro = \_\_\_\_\_ Euro

---

Datum, Unterschrift

- Ich zahle per Bankeinzug  
(Wenn Sie diese Zahlungsweise wählen, bitte hierzu das beiliegende SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen.)

- Ich zahle per Überweisung an: Frauenberatungsstelle Mönchengladbach

Stadtparkasse Mönchengladbach  
IBAN: DE44 3105 0000 0000 2657 77

- Ich bitte um Zusendung einer Spendenquittung

Antwort an:

Frauenberatungsstelle Mönchengladbach  
Kaldenkirchener Str. 4  
41063 Mönchengladbach

Ich schenke Mut!

Firma: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Als Dank für Ihre Patenschaft bieten wir Ihnen die Möglichkeit, mit Ihrem (Firmen-) Namen bzw. Logo in unserem Jahresbericht genannt zu werden.

Ja, ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens / des Firmennamens durch die Frauenberatungsstelle (z. B. im Jahresbericht) einverstanden.

## SEPA-Lastschriftmandat

### Name und Anschrift der Zahlungsempfängerin

**Frauenberatungsstelle Mönchengladbach**

**Kaldenkirchener Str. 4, 41063 Mönchengladbach**

(Trägerverein: Frauenhaus RY und Frauenberatungsstelle MG e. V.)

### Gläubiger-Identifikationsnummer

**DE77ZZZ00000827545**

Ihre Mandatsreferenznummer erhalten Sie vor Einzug der von Ihnen erteilten Lastschrift.

Hiermit ermächtige ich die Frauenberatungsstelle Mönchengladbach, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen und erteile damit auch Einverständnis, dass mein Kreditinstitut die Lastschrift einlöst.

### **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.

### **Zahlungsart:**

**Wiederkehrende Zahlung**       **Einmalige Zahlung**

Bitte geben Sie im folgende Ihre Daten an. Danke.

---

**Name des / der Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber/in)**

---

**Straße und Hausnummer**

---

**Postleitzahl und Ort**

---

**Land**

---

**IBAN des / der Zahlungspflichtigen**

---

**Ort**

**Datum**

**Unterschrift**