

Antrag Fördermitgliedschaft

Per Post an: FidAR e.V., Office K61, Kurfürstendamm 61, 10707 Berlin
Per Mail an: info@fidar.de

Hiermit beantragen wir die Fördermitgliedschaft für juristische Personen im Verein Frauen in die Aufsichtsräte e. V.

* Name der Organisation: _____

* Rechnungsanschrift: _____

* Website: _____

Welche Personen nehmen die Mitgliedschaft wahr?

(Z. B. Empfänger:in für Einladungen, Vereinsinformationen, Teilnehmer:in an Mitgliederversammlungen (stimmrechtslos), etc.)

Person 1

* Name, Vorname: _____

* Anschrift: _____

* E-Mail: _____

* Telefon: _____

Person 2 (Stellvertretung)

* Name, Vorname: _____

* Anschrift: _____

* E-Mail: _____

* Telefon: _____

Festlegung des Fördermitgliedsbeitrags: *(Bitte wählen Sie aus)*

- Wir sind eine gemeinnützige Organisation und zahlen
 - den Mindestbeitrag in Höhe von 400 €.
 - nach Selbsteinschätzung freiwillig einen höheren Beitrag in Höhe von €

- Wir sind eine nicht-gemeinnützige Organisation und zahlen
 - den Mindestbeitrag in Höhe von 1.000 €
 - nach Selbsteinschätzung freiwillig einen höheren Beitrag in Höhe von €

Die Beitragshöhe wird nach Antragstellung in Abstimmung mit dem Vorstand festgelegt und wird Bestandteil des Antrags.

Der Beitrag für die Fördermitgliedschaft wird jährlich zum 31.3. des Jahres in voller Höhe fällig. Für die Überweisung erhalten Sie eine Rechnung.

Eine Spendenbescheinigung erhält das Fördermitglied im Dezember des laufenden Jahres.

Zusammen mit dem ersten Jahresbeitrag wird ein einmaliges Aufnahmeentgelt in Höhe von 50 € erhoben.

Der erste Jahresbeitrag ist spätestens 6 Wochen nach Annahme des Antrags in voller Höhe fällig.

Zahlweise: *(Bitte wählen Sie aus)*

- Wir erteilen mit der Aufnahme ein SEPA-Lastschriftmandat

- Wir überweisen ohne gesonderte Aufforderung unter Angabe des Namens der Organisation auf das FidAR-Konto bei der
GLS Bank
IBAN DE58 4306 0967 1167 5847 00
BIC GEN ODEM 1 GLS

Eine Spendenbescheinigung wird im Dezember des laufenden Jahres verschickt.
Bitte ankreuzen:

- Wir sind damit einverstanden, dass wir als Fördermitglied öffentlich genannt werden.
- Die Datenschutzerklärung von FidAR e. V. [LINK DATENSCHUTZ](#) haben wir gelesen und akzeptiert.

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Wir würden uns freuen, wenn Sie uns noch die folgenden Fragen beantworten:

1. Wie wurden Sie auf FidAR e. V. aufmerksam?

2. Was motiviert Sie, sich als Fördermitglied bei FidAR zu engagieren?

3. Wie wollen Sie sich bei FidAR e. V. einbringen?

Herzlichen Dank
Ihr FidAR Vorstand

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Frauen in die Aufsichtsräte (FidAR) e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Kurfürstendamm 61

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

10707 Berlin

Land / Country:

Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE87ZZZ00000564689

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Frauen in die Aufsichtsräte (FidAR) e.V.** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Frauen in die Aufsichtsräte (FidAR) e.V.** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Frauen in die Aufsichtsräte (FidAR) e.V.** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Frauen in die Aufsichtsräte (FidAR) e.V.**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: **Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment** **Einmalige Zahlung / One-off payment****Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):****Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.