

# LIBERALE FRAUEN

LANDESVERBAND BERLIN

## Zahlungsempfänger

Liberale Frauen e.V., Landesverband Berlin  
Commerzbank  
BLZ 100 800 00  
KNT 0600929300

## Einzugsermächtigung

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag

in Höhe von 32 € \* \_\_\_\_\_

ab dem \_\_\_\_\_

von dem folgenden Konto abgebucht wird:

Kontoinhaberin (Name, Adresse)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Konto-Nr. \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte vermerken Sie, falls Sie als Schülerin, Studentin oder Rentnerin den reduzierten Jahresbeitrag in Höhe von 16 € bezahlen möchten oder eine Sondervereinbarung getroffen haben. Vielen Dank!