



**Ingolstadt e.V.**

Gewaltprävention · Notphon · Fachberatung  
Bei sexualisierter Gewalt für die Region 10

Am Stein 5 · 85049 Ingolstadt

---

**Adresse:**

Name

Straße

PLZ/Wohnort

Telefon

E-Mail

Ich möchte den Verein unterstützen:

Hiermit trete ich Wirbelwind Ingolstadt e.V. als Mitglied bei.

**Einzugsermächtigung**

Ich bin damit einverstanden,

dass mein monatlicher/vierteljährlicher/halbjährlicher/jährlicher (Nichtzutreffendes bitte streichen)

Beitrag in Höhe von

25€ (Mindestbeitrag)

50€

75€

100€

anderer Beitrag: \_\_\_\_\_ €

von folgendem Konto abgebucht wird:

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Ich kann meine Mitgliedschaft jederzeit kündigen. Bereits bezahlte Mitgliedsbeiträge werden nicht erstattet.

---

Datum, Unterschrift