

**Ja, ich unterstütze**

**Ich helfe mit, damit mehr Frauen im  
Schwangerschaftskonflikt Ja zum Kind sagen können und  
auch danach nicht allein gelassen werden.**

Zahlungsempfänger:

donum vitae  
Kreisverband Steinfurt e.V.  
Münsterstr. 18-22  
48431 Rheine  
Tel. 05971-984 777  
Fax 05971-912026  
Mail: [donum-vitae-rheine@t-online.de](mailto:donum-vitae-rheine@t-online.de)

Mandatsreferenz/Name Mitglied

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Strasse, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

**Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich den Verein  
Frauen beraten – donum vitae zur Förderung des Schutzes des menschlichen  
Lebens, Kreisverband Steinfurt e.V.

**- jederzeit widerruflich-**

\_\_\_\_\_  
Von meinem Konto darf:

Ein Jahresbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ (mind. 12,-Euro)

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift (wie bei der Bank hinterlegt)