

Weil wir mit unserer Hirschfeld-Eddy-Stiftung
weltweit verfolgte und entrechtete LGBTI
schützen und konkret helfen,

bin ich im LSVD.

Ja, ich möchte in den LSVD eintreten. Programm und Satzung des LSVD erkenne ich an.

Ich zahlen einen monatlichen Beitrag* von 10,-€ 15,-€ 30,-€ _____ € *monatlicher Regelbeitrag 10€, für Nichtverdienende 2,50€

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

Straße, Nr.: _____

Geburtsdatum (optional): _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den LSVD e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem LSVD e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Abbuchung: viertel- / halb- / jährlich

Kontoinhaber/in: _____

_____/_____

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE __ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Ort, Datum, Unterschrift

Weitere Infos: www.lsvd.de, www.hirschfeld-eddy-stiftung.de
lsvd@lsvd.de, Tel.: 0221 – 92 59 61 0



Weil wir mit unseren Ratgeberseiten
und unserer Beratung eine einzigartige
Anlaufstelle sind,

bin ich im LSVD.

Ja, ich möchte in den LSVD eintreten. Programm und Satzung des LSVD erkenne ich an.

Ich zahlen einen monatlichen Beitrag* von 10,-€ 15,-€ 30,-€ _____ € *monatlicher Regelbeitrag 10€, für Nichtverdienende 2,50€

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

Straße, Nr.: _____

Geburtsdatum (optional): _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den LSVD e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem LSVD e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Abbuchung: viertel- / halb- / jährlich

Kontoinhaber/in: _____

_____/_____

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE __ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Ort, Datum, Unterschrift

Weitere Infos: www.lsvd.de, www.hirschfeld-eddy-stiftung.de
lsvd@lsvd.de, Tel.: 0221 – 92 59 61 0



Weil ich _____

bin ich im LSVD.

Ja, ich möchte in den LSVD eintreten. Programm und Satzung des LSVD erkenne ich an.

Ich zahlen einen monatlichen Beitrag* von 10,-€ 15,-€ 30,-€ _____ € *monatlicher Regelbeitrag 10€, für Nichtverdienende 2,50€

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

Straße, Nr.: _____

Geburtsdatum (optional): _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den LSVD e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem LSVD e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Abbuchung: viertel- / halb- / jährlich

Kontoinhaber/in: _____

_____/_____

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE __ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Ort, Datum, Unterschrift

Weitere Infos: www.lsvd.de, www.hirschfeld-eddy-stiftung.de
lsvd@lsvd.de, Tel.: 0221 – 92 59 61 0



Weil wir für die Akzeptanz von
Regenbogenfamilien arbeiten,
bin ich im LSVD.

Ja, ich möchte in den LSVD eintreten. Programm und Satzung des LSVD erkenne ich an.

Ich zahlen einen monatlichen Beitrag* von 10,-€ 15,-€ 30,-€ _____ € *monatlicher Regelbeitrag 10€, für Nichtverdienende 2,50€

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

Straße, Nr.: _____

Geburtsdatum (optional): _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den LSVD e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem LSVD e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Abbuchung: viertel- / halb- / jährlich

Kontoinhaber/in: _____

_____/_____

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE __ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Ort, Datum, Unterschrift

Weitere Infos: www.lsvd.de, www.hirschfeld-eddy-stiftung.de
lsvd@lsvd.de, Tel.: 0221 – 92 59 61 0



Weil wir homophoben Religionsführern
und Politikerinnen Paroli bieten,
bin ich im LSVD.

Ja, ich möchte in den LSVD eintreten. Programm und Satzung des LSVD erkenne ich an.

Ich zahlen einen monatlichen Beitrag* von 10,-€ 15,-€ 30,-€ _____ € *monatlicher Regelbeitrag 10€, für Nichtverdienende 2,50€

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

Straße, Nr.: _____

Geburtsdatum (optional): _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den LSVD e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem LSVD e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Abbuchung: viertel- / halb- / jährlich

Kontoinhaber/in: _____

_____/_____

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE __ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Ort, Datum, Unterschrift

Weitere Infos: www.lsvd.de, www.hirschfeld-eddy-stiftung.de
lsvd@lsvd.de, Tel.: 0221 – 92 59 61 0



Weil wir für gleiche Rechte,
Vielfalt und Respekt kämpfen,
bin ich im LSVD.

Ja, ich möchte in den LSVD eintreten. Programm und Satzung des LSVD erkenne ich an.

Ich zahlen einen monatlichen Beitrag* von 10,-€ 15,-€ 30,-€ _____ € *monatlicher Regelbeitrag 10€, für Nichtverdienende 2,50€

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

Straße, Nr.: _____

Geburtsdatum (optional): _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige den LSVD e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem LSVD e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Abbuchung: viertel- / halb- / jährlich

Kontoinhaber/in: _____

_____/_____

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE __ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Ort, Datum, Unterschrift

Weitere Infos: www.lsvd.de, www.hirschfeld-eddy-stiftung.de
lsvd@lsvd.de, Tel.: 0221 – 92 59 61 0

