

FÖRDERMITGLIEDSCHAFT

REFUGEE LAW CLINIC LEIPZIG E. V.

Burgstraße 27, 04109 Leipzig | www.rlcl.de | finanzen@rlcl.de



Wir vom gemeinnützigen Verein Refugee Law Clinic Leipzig bieten seit Gründung 2014 eine regelmäßige, kostenfreie und für jede_n zugängliche Asylrechtsberatung in Leipzig an. So unterstützen wir geflüchtete Menschen in ihrem Asylverfahren und sorgen dafür, dass ihre Rechte wahrgenommen werden. Zudem findet jährlich ein umfassendes, vielseitiges Ausbildungsprogramm statt, das unsere ehrenamtlichen Berater_innen in der Asylverfahrensberatung schult, aber auch ansonsten allen Interessierten zugänglich ist. Mehr hierzu finden sie auf unserer Homepage.

Mit Ihrer Fördermitgliedschaft unterstützen Sie uns bei der Deckung laufender Kosten für Beratungsräume, Honorare oder Sprachmittler_innen und gewährleisten, dass die Rechtsberatung für Geflüchtete auch in Zukunft angeboten werden kann. Wir empfehlen einen Beitrag von monatlich 7 €, selbstverständlich ist auch ein höherer Betrag möglich, das Minimum liegt aus Aufwandsgründen bei 5 €. Wir bitten darum, den unterschriebenen Antrag an die oben genannte Postadresse zu schicken. Eine Beendigung Ihrer Fördermitgliedschaft ist jederzeit möglich. Vielen Dank!

<input type="text"/>	Name, Vorname, (ggf. jur. N.)	<input type="checkbox"/>	€ monatlich	oder	<input type="checkbox"/>	€ jährlich
----------------------	-------------------------------	--------------------------	----------------	------	--------------------------	---------------

<input type="text"/>	Straße, Hausnummer	<input type="text"/>	Ort
----------------------	--------------------	----------------------	-----

<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>	Postleitzahl
----------------------	--------	----------------------	--------------

Spendenbescheinigung (bei Jahresbeitrag von mind. 200 €) ja nein

Vereins-Newsletter (meist zum Jahresende per Mail) ja nein

Ich ermächtige den Refugee Law Clinic Leipzig e. V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Refugee Law Clinic Leipzig e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

<input type="text"/>	IBAN	<input type="text"/>	BIC
----------------------	------	----------------------	-----

<input type="text"/>	Kontoinhaber_in	<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/>	Unterschrift
----------------------	-----------------	----------------------	-------	----------------------	--------------

Die Abbuchung des angegebenen Beitrags erfolgt jeweils am 5. jedes Monats.