**Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete Düsseldorf e. V.**
**Träger der freien Jugendhilfe**
Benrather Straße 7 ♦ 40213 Düsseldorf
Tel: 0211/54417322 ♦ Fax: 0211/54417320 ♦ info@psz-duesseldorf.de

---

**Ich / wir möchte / n die Arbeit des PSZ wie folgt unterstützen:**

☐ durch die Mitgliedschaft

Jahresbeitrag: für Einzelpersonen 60,00 €, ermäßigt 30,00 € / 15,00 €
für Gemeinden pro Pfarrstelle / Gruppen / Institutionen / Unternehmen: 80,00 €
(Mitgliedsbeiträge werden zum 01.02. eines Jahres eingezogen bzw. fällig)
Mitgliedsanträge legen wir monatlich unserem Kuratorium vor, das über diese entscheidet.

☐ durch eine regelmäßige Partnerschaftsspende in Höhe von _____ €

☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

**Privatpersonen**

Name: _____ Straße / Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel. _____ E-Mail: _____

---

**Unsere Gemeinde / Gruppe / Institution wird beim PSZ vertreten durch:**

Name: _____ Straße / Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel. _____ E-Mail: _____

Für Kirchengemeinden - Anzahl der Pfarrstellen: _____

Ort/Datum:_____ Unterschrift: _____

---

**Einzugsermächtigung:**
Hiermit ermächtige ich das PSZ die Beträge durch Banklastschriftverfahren einzuziehen. Die Abbuchungen sollen zu Lasten des folgenden Kontos erfolgen:

Konto-Inhaber: _____ IBAN: _____

BIC: _____ Geldinstitut: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

---

Da jede Spende für uns ein wichtiger Beitrag ist, können Sie uns selbstverständlich auch eine einmalige Spende zukommen lassen. Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen und für Ihre Hilfe!