

An den
Landesverband Evangelische Frauen in Hessen und Nassau e.V.
Erbacher Straße 17
64287 Darmstadt

Kooperations-Vereinbarung zwischen dem Ev. Dekanatund dem Landesverband EFHN

Wir möchten die Arbeit des Landesverbands **Evangelische Frauen in Hessen und Nassau e.V.** (EFHN) unterstützen.
Die Satzung des Landesverbands EFHN haben wir zur Kenntnis genommen.

Dekanat:

PLZ, Ort: Straße:

Telefon: Fax: Email:


Das Dekanat arbeitet mit dem Landesverband Evangelische Frauen in Hessen und Nassau e. V. (EFHN) zusammen.
Dazu gehören z. B.

- die kirchliche Frauenarbeit im Dekanat konzeptionell und strukturell zu stärken
- die Zusammenarbeit mit dem Landesverband EFHN durch Verlinkung und Button (Logo) auf der Homepage des Dekanats anzuzeigen
- für die Mitgliedschaft von Kirchengemeinden und Gruppen im Landesverband EFHN zu werben
- finanzielle Ressourcen für die Frauenarbeit auf Dekanatsebene bereitzustellen
- durch die Dekanatsynode eine hauptamtliche oder ehrenamtliche Mitarbeiterin für Frauenarbeit zu beauftragen und einen Dekanatsfrauenausschuss (DFA) einzurichten
- das Handlungsfeld Frauen-/Familienarbeit in allen Handlungsfeldern mitzudenken

Dem Dekanat ist es freigestellt, zur jährlich stattfindenden Jahreshauptversammlung eine Beobachterin zu schicken.
Der Landesverband verpflichtet sich, die Beauftragte und die Vorsitzende des DFA in das bestehende Netzwerk aufzunehmen und deren Arbeit beratend zu unterstützen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift - Dekanat



.....
**Vorsitzende des Landesverbandes
Evangelische Frauen in Hessen und Nassau e.V.**

Freiwillige Angaben

Das Dekanat ist bereit, den Landesverband EFHN jährlich mit einer Summe in Höhe von.....EURO zu fördern.

() Der Betrag soll jährlich von folgendem Konto abgebucht werden:

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

SEPA-Lastschriftmandat*

Gläubiger Identifikationsnummer: DE49ZZZ00000415120; Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt
Ich ermächtige den Landesverband EFHN e.V., Zahlungen (Mitgliedsbeiträge) bei Fälligkeit von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Landesverband EFHN e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
Name des Kreditinstituts

.....
BIC Kreditinstitut

IBAN DE _____

.....
Ort, Datum und Unterschrift

.....
(ggf. Zweitunterschrift)

*Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich der Landesverband EFHN e.V. über den Einzug unterrichten.