

**Dein Reich komme!**



**Anmeldeschluss: 31.01.2025**

**Anmeldung und Information:**

Katholische Frauengemeinschaft Deutschland  
Dekanat Osnabrück-Süd - Region Grönenberg/Iburg  
Barbara Niekamp, Feldstr. 9, 49324 Melle,  
Tel.: 05422/925311  
E-Mail: [bschwieger@osnanet.de](mailto:bschwieger@osnanet.de)

**WANDEREXERZITIEN FÜR FRAUEN**



**Region Grönenberg und Iburg  
Dekanat Osnabrück-Süd**

Leitend für die Wanderexerzitien ist der Weg der Titelfigur aus Garth Davis' Spielfilm MARIA MAGDALENA. Ihr äußerer Weg führt durch Samaria über Jerusalem in alle Welt, ihr innerer Weg in ungeahnte Freiheit. Diese Wege wollen wir nachspüren und uns hineinnehmen lassen in die biblische Welt, Gott suchen, mit Jesus gehen und in seinem Geiste handeln – für das Kommen des Reiches Gottes!

**Kernelemente:**

- Kurze Wanderwege bis max. 10km
- Gebet und Gottesdienst
- Filmausschnitte & biblische Impulse
- Austausch in der Gruppe
- Schweigezeiten

**Mitzubringen sind:**

- Wetterfeste Wanderkleidung
- Tagesrucksack, Trinkflasche
- Bibel
- Schreibuntensilien

**Beginn: Do. 05.06.25**, Anreise bis 16:00 Uhr

**Ende: So. 08.06.25** nach dem Mittagessen ca. 13.30 Uhr

**Ort:** Exerzitienhaus Kloster Nette, Östringer Weg 120, 49090 Osnabrück

**Geistliche Begleitung:** Monika Walbaum, Gemeindeferentin

**Gebühr:** 250,-€ (inkl. Einzelzimmer, Vollverpflegung, Materialien), Teilnehmerinnen, die nicht in der kfd sind: Aufschlag 20,-€

**Teilnehmerinnenzahl:** max. 10 Personen

**Anmeldung bis zum 31.01.2025** bei Barbara Niekamp.  
Die Anmeldung ist erst mit Eingang der Zahlung auf folgendes Konto gültig:

**Bankverbindung:**

kfd - Region Grönenberg

**IBAN: DE88 2656 5928 4804 1726 00**

**BIC: GENODEF1HGM**

Volksbank GM Hütte-Hagen-Bissendorf

**Verwendungszweck:** kfd-Wanderexerzitien - Name

# Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich zu den **Wanderexerzitien**

„**Dein Reich komme! –  
Unterwegs mit Maria  
Magdalena**“

an.

Dein Reich komme!



Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

kfd Mitglied:  JA (250€)  NEIN (270€)

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift