

BEITRITTSERKLÄRUNG FÖRDERVEREIN SCHLUPFWINKEL e.V.

HIERMIT TRETE ICH / TRETEN WIR DEM FÖRDERVEREIN SCHLUPFWINKEL E.V. ALS



FAMILIE ____ JUGENDLICHER ____ FÖRDERMITGLIED ____

PERSONENANGABEN

NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM

NAME, VORNAME (PARTNER)

GEBURTSDATUM

1. KIND

GEBURTSDATUM

2. KIND

GEBURTSDATUM

3. KIND

GEBURTSDATUM

KONTAKTDATEN

STRASSE

PLZ, WOHNORT

E-MAIL-ADRESSE

TELEFON

BANKVERBINDUNG

IBAN

KONTOINHABER

KREDITINSTITUT

ICH ERKLÄRE MICH DAMIT EINVERSTANDEN, DASS DER JEWEILS GÜLTIGE MITGLIEDSBEITRAG, JÄHRLICH, VON MEINEM KONTO ABGEBUCHT WIRD. ÄNDERUNGEN MEINER BANKVERBINDUNG GEBE ICH UNVERZÜGLICH, ZUR VERMEIDUNG VON RÜCKBUCHUNGSKOSTEN, BEKANNT. DIESES SOLL BIS AUF WIDERRUF GELTEN.

MITGLIEDSBEITRÄGE: STAND 06/21: Familien: 25,- € , Jugendliche: 5,- € , FÖRDERMITGLIEDER AB 15,- €

Ort/DATUM

UNTERSCHRIFT