



ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM FAMILIENZENTRUM SCHOPFHEIM e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Familienzentrum Schopfheim e.V. Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag von _____ € (**Mindestbeitrag z.Zt. 30,-€**) zu bezahlen.

Name _____

Vorname _____

Straße _____

Wohnort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich das Familienzentrum Schopfheim e.V., den Betrag von _____ € jährlich von folgendem Konto abbuchen zu lassen:

Kontoinhaber _____

Geldinstitut _____

Kto-

Nr. _____ BLZ _____

Datum, Unterschrift _____

Zurücksenden an oder abgeben im:

Familienzentrum Schopfheim e.V.

E.-F.-Gottschalkweg 3

79650 Schopfheim

