

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich zum _____ meinen Beitritt zum Rockzipfel e.V. Familienzentrum Sonthofen. Je nach Beitrittsbeginn wird der Mitgliedsbeitrag anteilig berechnet!

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Handy _____

Fax _____

Email _____

Beruf _____

Die Berufsangabe ist selbstverständlich freiwillig, hat sich aber im Sinne der gegenseitigen Hilfe als nützlich erwiesen.

Name und _____

Geburtsdatum _____

des/der Kindes/r _____

Ort/Datum _____

Unterschrift _____

	monatlich	halbjährlich	Jährlich
Beitrag	€ 5,10	€ 30,60	€ 61,20
Beitrag ermäßigt	€ 3,40	€ 20,40	€ 40,80

Hiermit ermächtige ich das Familienzentrum Rockzipfel e.V. bis auf Widerruf den Mitgliedsbeitrag im Lastschriftverfahren von nachfolgendem Konto abzubuchen.

halbjährliche Abbuchung

jährliche Abbuchung

Kontoinhaber _____

KtoNr./IBAN _____

Bank/BIC _____

BLZ _____

Datum/Unterschrift _____