

Anmeldeformular

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Geburtstag: _____

Beruf: _____

Ehrenamtliche Tätigkeit: _____

Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Mitgliedschaft im LandFrauenverein Albersdorf-Schafstedt e.V.

Ort, Datum

Unterschrift

✂ -----

Gewünschte Zahlungsmethode:

Den Jahresbeitrag in Höhe von 26,- € zahle ich im ersten Quartal des laufenden Rechnungsjahres auf das Konto des LandFrauenvereins ein.

Mit der Abbuchung des Jahresbeitrages in Höhe von 26,- € bin ich einverstanden.

Kto. Nr.: _____ BLZ: _____

bei (Kreditinstitut) _____

Ort, Datum

Unterschrift

Herzlich Willkommen!