

Beitrittserklärung zum Verein
"WIGWAM Familienzentrum Hollfeld e.V."

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

PLZ	Wohnort	Tel.
-----	---------	------

Straße	Hausnummer	
--------	------------	--

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

Kind/er

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Jahresbeitrag: 30,00 Euro

Ich/Wir möchte(n) jährlich EURO _____ zahlen.

Eintrittsmonat / Jahr _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Beitragszahlungen in Höhe von jährlich EURO _____ bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift jährlich einzuziehen. Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar. Die Kündigung der Mitgliedschaft ist schriftlich zum Ende des Kalenderjahres möglich.

IBAN

Kreditinstitut

Kontoinhaber/in

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

Bitte persönlich abgeben oder zusenden:
WIGWAM Familienzentrum e.V.
Kerstin Münzel, Königsfelder Weg 6, Hollfeld

Tel. 09274/8528