

Beitrittserklärung

Ich/Wir möchte/n Mitglied/er beim Weibernest Mütterzentrum Seligenstadt e. V. werden

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ/Wohnort

Telefon:

Fax/Email:

Hiermit beantrage ich die beitragsfreie Mitgliedschaft für folgende Familienmitglieder:

Name, Vorname:

geb.:

Name, Vorname:

geb.:

Name, Vorname:

geb.:

Der Mitgliedsbeitrag beträgt zur Zeit € 6,-- pro Monat. Die Mitgliedschaft besteht für mindestens 1 Jahr. Mit der Beitrittserklärung erlange ich sämtliche in der Satzung festgelegten Rechte und Pflichten.

Eine Kündigung hat schriftlich zu erfolgen und wird zum Ende des Kalendermonats wirksam, in dem sie dem Vorstand zugeht.

Unsere Bankverbindung: Sparkasse Langen-Seligenstadt, Kontonr. 1123017, BLZ 50652124. Ich ermächtige, jederzeit widerrufbar, das Weibernest Mütterzentrum Seligenstadt e. V., den Monatsbeitrag bzw. Jahresbeitrag von dem aufgeführten Konto mittels Abbuchung einzuziehen.

Kontonummer:

BLZ:

Bank:

Kontoinhaber:

Ort, Datum

Unterschrift