



## Aufnahmeantrag

Ich /Wir möchte(n) dem Familienzentrum Lindenblüte e.V.  
beitreten und ihre Zielsetzungen und Arbeit unterstützen.  
Ich/Wir sind bei

Tautropfen  Weidenkätzchen  Kinderstube  anderes Mitglied

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

e-Mail \_\_\_\_\_

Name(n) \_\_\_\_\_  
weitere Familienmitglieder

Gerne bin ich bereit, jährlich einen Betrag von **24** Euro an den Verein zu zahlen.  
Ich werde den Beitrag zu Beginn jeden Jahres auf das Konto vom  
Familienzentrum Lindenblüte e.V.  
bei der GLS Bank  
BIC: **GENODEM1GLS**  
IBAN: **DE76 4306 0967 7918 2889 00** überweisen

---

Datum

Unterschrift

Familienzentrum Lindenblüte e.V.  
Alfred-Döblin-Platz 1  
79100 Freiburg