Aufnahmeantrag

Ich /wir möchte(n) dem Familienzentrum Lindenblüte e.V. beitreten und seine Zielsetzung und Arbeit unterstützen, ich / wir sind dabei bei

o Tautropfen o Weidenkätzchen o Kinderstube o anderes Mitglied

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name_____

Vorname_____

Straße_____

PLZ, Ort_____

Telefon_____

e-Mail (BITTE SEHR DEUTLICH SCHREIBEN)

_____

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 überweisen:
BIC: **GENODEM1GLS**
IBAN: **DE494306 0967 7918 2889 00**

_____
Datum Unterschrift

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