

Beitrittserklärung



.....
Verein/Verband

.....
Name *Vorname*

.....
Geburtsdatum(Tag/Monat/Jahr) *E-Mail-Adresse*

.....
Straße/Hausnummer *Postleitzahl/Wohnort*

.....
Telefon/Fax, privat *Telefon/Fax, geschäftlich*

*Ich erkläre hiermit meinen Beitritt/den Beitritt des Vereins/Verbandes zu dem
Freiwilligenzentrum Offenbach e.V.*

.....
Ort/Datum *Unterschrift*

Beitragszahlung

Der Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens € 5,00 pro Monat. Der Beitrag wird mittels Lastschrift
eingezogen. Hierzu erteile/erteilen ich/wir eine Einzugsermächtigung

über den Betrag von Euro pro Monat

und ein SEPA-Lastschriftmandat. Dieses Formular ist als Anlage beigefügt. Hierin sind alle Einzelheiten
für die Zahlungsabwicklung enthalten.

.....
Ort/Datum *Unterschrift*