



Kreislandfrauenverband Potsdam-Mittelmark e. V.
Feldstr. 21a, 14806 Belzig / OT Ragösen
Tel.: 033846 / 90 999 Fax: 033846 / 90 800

MITGLIEDSANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Kreislandfrauenverband
Potsdam-Mittelmark e. V..

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

.....

Telefon: Fax:

Beruf:

Tätigkeit:

Ort, Datum: Unterschrift:

.....

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Wenn die Einzugsermächtigung für den Jahresmitgliedsbeitrag gewünscht wird, bitte
untenstehend ausfüllen.

Die Beitragshöhe ergibt sich aus der gültigen Beitragsordnung des Verbandes.

Kontoinhaber: Konto:

Bankleitzahl: Bank:

Diese Ermächtigung gilt bis auf Widerruf.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift