

Mitgliedsantrag

Mitgliedsnummer

(wird von Mütter in Not e.V. ausgefüllt)



Name

Geburtsdatum

Tag Monat Jahr

Vorname

Geschlecht

weibl. männl.

Land

PLZ

Wohnort

Straße

Hausnummer

Telefon

E-Mail

Jahresmitgliedsbeitrag

(Höhe des Beitrags selbst wählbar)

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Kontoinhaber/in

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein "Mütter in Not e.V."

Ich bestätige die Angaben zu meiner Person, die ich dem Verein "Mütter in Not e.V." zum Zwecke der Datenerfassung im Zusammenhang mit meinem Beitritt zur Verfügung stelle. Eine Weitergabe der Daten zu Marketingzwecken findet nicht statt.

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich widerruflich den Verein, den jeweils von mir oben angegebenen Jahresmitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Einzugsermächtigung kann ich nur schriftlich widerrufen.

Ort / Datum / Unterschrift

Mitgliedsantrag bitte per Post an:

Mütter in Not e.V.
c/o MdL. Sylvia Stierstorfer
Ziegetsdorfer Str. 109, 93051 Regensburg

Telefon: 0941-5999132
Telefonsprechzeiten: Mo - Fr 8.00 - 12.00 Uhr

Bankverbindung: Sparkasse Regensburg
IBAN: DE53 7505 0000 0000 1200 06, BIC: BYLADEM1RBG