

Mütterzentrum Helmstedt e. V.

Triftweg 11, 38350 Helmstedt



Beitrittserklärung

Ich erkläre meinen Beitritt in den Verein Mütterzentrum Helmstedt e. V. zum _____.

Der Jahresbeitrag beläuft sich auf 36,-- € und wird zum 01.03. eines Jahres fällig. Die Mitgliedschaft kann zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich den Verein Mütterzentrum Helmstedt e. V. meinen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto abzubuchen:

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____