

Werden Sie Mitglied Schattenkinder e.V.

Beitrittsformular

Hiermit erkläre ich mich bereit, dem Verein Schattenkinder e.V., beizutreten.

Ja, ich möchte Mitglied werden.

Vorname:

Name:

Strasse:

Nr.:

PLZ.:

Ort:

Telefon:

Email:

Jahresbeitrag / Spende:

50,- Euro 100,- Euro 200 ,- Euro Wunschbetrag ,- Euro

Ja, bitte buchen Sie den Jahresbeitrag am Jahresanfang ab.

Bankverbindung:

Name der Bank:

IBAN:

BIC:

Alle Daten werden vertraulich behandelt.