

Mitgliedschaftsantrag für das Mütter- und Familienzentrum Roth e.V.



Bitte zurücksenden an:
Mütter- und Familienzentrum Roth e. V., Eisenbartstr. 44, 91154 Roth
Bei Fragen zum Antrag: 09171/829089 oder info@muetze-roth.de

Meine persönlichen Daten:

Name: Telefon:
Vorname: Fax:
Geburtsdatum: E-Mail:
Straße:
PLZ, Ort:

Name der Familienmitglieder:

Vorname:	Geb. Datum:	Geschl.:
Vorname:	Geb. Datum:	Geschl.:
Vorname:	Geb. Datum:	Geschl.:
Vorname:	Geb. Datum:	Geschl.:
Vorname:	Geb. Datum:	Geschl.:

Hiermit beantrage ich folgende Mitgliedschaft beim Mütter- und Familienzentrum Roth e.V.:

bitte zutreffendes ankreuzen (x)

- Familienmitgliedschaft:** ich bin bereit einen Jahresbeitrag von 60 € zu bezahlen.
- Rentnermitgliedschaft:** ich bin bereit einen Jahresbeitrag von 30 € zu bezahlen.
- Fördermitgliedschaft:** ich bin bereit einen Jahresbeitrag von 40 € zu bezahlen, ohne ermäßigte Nutzungsgebühren

Hiermit erkläre ich mich bereit

- Jährlich 60 € (Rentnermitgliedschaft 30 €)
- Halbjährlich 30 € (Rentnermitgliedschaft 15 €)
- Fördermitgliedschaft 40 €

für die Mitgliedschaft gegen Lastschrift zu bezahlen.

Bei Überweisung wird eine Bearbeitungsgebühr von €5,00 erhoben.

Bankverbindung:

Mütter- und Familienzentrum Roth e.V.

Sparkasse Mittelfranken-Süd

Kto. Nr. 221 219 116

BLZ: 764 500 00

Spendenquittung wird nur bei Anfrage ausgefüllt.

Kündigungsfrist: die Kündigung der Mitgliedschaft muss spätestens 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres schriftlich bei uns eingehen.

Die Vereinsatzung habe ich zur Kenntnis genommen.

Roth, den Unterschrift