

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

Adresse: Eisenbartstr. 44, 91154 Roth
Tel.: 09171-829089, E-Mail: info@muetze-roth.de



Hiermit beantrage ich eine Familienmitgliedschaft beim Mütter- und Familienzentrum Roth e.V..

Meine persönlichen Daten:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Name und Geburtsdatum weiterer Familienmitglieder:

.....
.....
.....
.....
.....

Der Jahresbeitrag in Höhe von **40 €**

- soll per Lastschrift eingezogen werden.
- wird bis zum 31.03. eines Jahres überwiesen. In diesem Fall wird eine Bearbeitungsgebühr von jährlich 5 € erhoben.

Bankverbindung: Mütter- und Familienzentrum Roth e.V.
Sparkasse Mittelfranken-Süd
IBAN: DE92 7645 0000 0221 2191 16
BIC: BYLADEM1SRS

Eine **Spendenquittung** wird nur bei Anfrage ausgefüllt.

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

Die **Vereinssatzung** habe ich zur Kenntnis genommen.

Roth, den

Unterschrift