

Familienbündnis Altenberge e.V.

Boakenstiege 20
48341 Altenberge

**Beitritts-
Erklärung**

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **Familienbündnis Altenberge e.V.**

Name, Vorname

Geboren am

Straße, Nr.

Ort

Telefon, E-Mail

☐ Ich möchte mich zukünftig im Familienbündnis mit eigenem Engagement einbringen.

☐ Ich zahle einen jährlichen Mitgliedsbeitrag von mind. 12 €/Jahr und ermächtige das

Familienbündnis Altenberge e.V. widerruflich den Betrag von € per Lastschrift einzuziehen.

IBAN

BIC

Datum

Unterschrift

