



Aufnahmeantrag

Ich /wir möchte(n) dem Familienzentrum Lindenblüte e.V. beitreten und seine Zielsetzung und Arbeit unterstützen, ich / wir sind dabei bei

Tautropfen Weidenkätzchen Kinderstube anderes Mitglied

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

e-Mail (BITTE SEHR DEUTLICH SCHREIBEN)

Name(n) _____

weitere Familienmitglieder

Gerne bin ich bereit, jährlich einen Betrag von 24 Euro an den Verein zu zahlen.

Ich werde den Beitrag zu Beginn jeden Jahres auf das Konto vom Familienzentrum Lindenblüte e.V. bei der GLS Bank überweisen:

BIC: **GENODEM1GLS**

IBAN: **DE 76 43060967 7918288900**

_____ Datum

_____ Unterschrift

Familienzentrum Lindenblüte e.V. Alfred-Döblin-Platz 1 79100 Freiburg

