

**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 .....

