

Mitgliedsantrag „Abend fürs Leben“

Name*:

Vorname*:

E-Mail-Adresse*:

Tel-Nr.:

Straße & Hausnummer*:

Postleitzahl & Ort*:

Jahresbeitrag (mind. 30€, gerne aber auch mehr) *:

Zustimmungen (erforderlich)*

- ☐ Ich erkenne die Satzung des Abends fürs Leben an.
- ☐ Ich stimme der Verarbeitung meiner Daten gemäß Datenschutzerklärung zu.

Datum, Unterschrift:

Das SEPA-Lastschriftmandat erhalten Sie nach Prüfung und Bestätigung Ihres Mitgliedsantrag.



*Pflichtangaben