



BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Sozialdienst katholischer Frauen e.V.
Hildesheim, Steuerwalder Straße 16, 31137 Hildesheim

| | |
|---------------|----------------|
| Vorname | Name |
| Geburtsdatum | Geburtsort |
| Familienstand | Konfession |
| Straße | |
| Postleitzahl | Ort |
| Telefon | E-Mail-Adresse |

Ich werde meinen Mitgliedsbeitrag als finanziellen Beitrag in Höhe von _____ Euro jährlich leisten. Der Mindestbeitrag beträgt 12 Euro.

| | |
|------------|--------------|
| Ort, Datum | Unterschrift |
|------------|--------------|

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den Sozialdienst katholischer Frauen e. V. Hildesheim bis auf Widerruf, meinen Mitgliedsbeitrag in Höhe von _____ Euro jährlich zum 1. April von meinem Konto einzuziehen.

| | |
|----------------|--------------|
| Vorname | Name |
| Straße | |
| Postleitzahl | Ort |
| Kreditinstitut | |
| IBAN | BIC |
| Ort, Datum | Unterschrift |