



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