



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Netzwerk
Löwenzahn e.V.

Name:

Adresse:

.....

Telefon/Mobil:.....

Email-Adresse:

Geburtsdatum:
(freiwillige Angabe)

Beitragshöhe pro Jahr:
(€ 40,--, Ehepaare € 70,--)

Beitragszahlung per: Überweisung / Dauerauftrag
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Eintrittsdatum:

Unterschrift:

Unsere Bankverbindung (IBAN) ist:
DE28 3705 0299 0119 0105 67

Kopie für Ihre Unterlagen



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Netzwerk
Löwenzahn e.V.

Name:

Adresse:

.....

Telefon/Mobil:.....

Email-Adresse:

Geburtsdatum:
(freiwillige Angabe)

Beitragshöhe pro Jahr:
(€ 40,--, Ehepaare € 70,--)

Beitragszahlung per: Überweisung / Dauerauftrag
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Eintrittsdatum:

Unterschrift:

Unsere Bankverbindung (IBAN) ist:
DE28 3705 0299 0119 0105 67