



Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Sozialdienst kath. Frauen Koblenz e.V. und bitte um schriftliche Bestätigung.

- Ich bin bereit den jährlichen Mitgliedsbeitrag von 20,-- € auf das Konto Nr.: DE85 5705 0120 0000 0376 48, BIC: MALADE51KOB bei der Sparkasse Koblenz zu zahlen.
- Hiermit ermächtige ich den SkF Koblenz widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten des folgenden Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

IBAN: _____

BIC: _____

bei Kreditinstitut: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Geboren am: _____

Telefon: _____

Datum / Unterschrift: _____