



FÖRDERVEREIN FRAUENGESUNDHEIT OBERPFALZ E.V.

Mariahilfbergweg 5-7 • 92224 Amberg

BEITRITTSERKLÄRUNG

Name: _____ Vorname: _____ geb. _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Strasse: _____

Telefon: _____ e-mail: _____

Internetadresse: _____

Jährlicher Mindestbeitrag: 30 Euro (nach oben sind keine Grenzen gesetzt)

Ich bin damit einverstanden, daß mein Beitrag in Höhe von
Eur jährlich in einer Summe von meinem Konto

Nr.: _____ BLZ: _____

Name der Bank: _____

abgebucht wird.

Ort und Datum _____ Unterschrift _____