



# Ja, ich mache mit !

Ich möchte Mitglied werden und den Zweck des Freundeskreises unterstützen. Mein jährlicher Beitrag beträgt:

(Mindestbeitrag = 15,00):

\_\_\_\_\_

Ich spende einmalig

(und erhalte ab einer Spende von

100,00 eine Spendequittung):

\_\_\_\_\_

Vorname / Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ-Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass mein Beitrag /  
Spende per Lastschrift von meinem Konto einge-  
zogen wird. Diese Ermächtigung kann ich jeder-  
zeit widerrufen.

Name der Bank: \_\_\_\_\_

Konto Nr., BLZ: \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_