

An den
Verein der Förderer
der Heilpädagogischen Tagesstätte Elsdorf
„ Kinderbrücke „, e.V.

Hiermit bewerbe ich mich um die Mitgliedschaft im Verein der Förderer der
Heilpädagogischen Tagesstätte Elsdorf „, Kinderbrücke „, e.V.

.....
Name Vorname

.....
Beruf Geburtsdatum

.....
(bei Minderjährigen Name und Vorname des gesetzlichen Vertreters)

.....
Postleitzahl Wohnort Straße und Hausnummer

Wahl der Beitragsgruppe:

Beitragsgruppe 1: 0 13,00 € pro Jahr

Beitragsgruppe 2: 0 € pro Jahr

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Beitragsgruppe an.

Erläuterungen zur Beitragsgruppe 2:

Der Mindestbeitrag in der Beitragsgruppe 2 liegt bei 26,00 € pro Jahr.

Die Höhe des Beitrages ist nach oben frei wählbar.

Bitte tragen Sie in diesem Fall den gewünschten Beitrag ein.

Ein Wechsel der Beitragsgruppe oder die Kündigung der Mitgliedschaft ist jeweils
bis zum 31.12. des laufenden Jahres für das nächste Jahr möglich.

Ich möchte Exemplar(e) der Vereins- Satzung 0 ja 0 nein

.....
Ort, Datum Unterschrift gesetzl. Vertreter

