

**Mitgliedsantrag**

Hiermit erkläre ich mich bereit, Mitglied des pro familia Landesverband Hamburg e.V. zu werden.

Ich werde den satzungsgemäßen Jahresbeitrag von € 55,00 entrichten.

Ich werde den geminderten Jahresbeitrag (gering. Einkommen) von € 30,00 entrichten.

Die Ziele des pro familia Landesverbandes Hamburg e.V. sind mir bekannt.

Vor- und Zuname

Anschrift

Telefon

Beruf

Geb. Datum

Ort und Datum

Unterschrift

----- ✂ ----- ✂ -----

Einzugsermächtigung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, das der pro familia Landesverband Hamburg e.V. den Jahresbeitrag von meinem Konto abbucht.

KontoinhaberIn

Bankverbindung/Ort

BLZ

Konto Nr.

Betrag

Ort und Datum

Unterschrift