



Ich möchte Mitglied im Verein "Schlaue Löffel Krefeld e. V." werden und die Arbeit des Vereins durch meinen Beitrag unterstützen.

Persönliche Angaben:

Name:

Straße / Nr.:

PLZ / Ort:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Telefon:

Mitgliedschaft:

☐ Ich beantrage die Mitgliedschaft im Verein "Schlaue Löffel Krefeld e.V."

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 100,- EUR, fällig jeweils zum 01.01.

☐ Ich möchte zusätzlich Infos zu Projekten per E-Mail erhalten.

☐ Ich möchte zusätzlich Infos zu Projekten per Newsletter (4x im Jahr) erhalten.

Zahlungsweise:

☐ Ich überweise den Beitrag jährlich selbstständig.

☐ Ich erteile ein SEPA-Lastschriftmandat.

Ort, Datum und Unterschrift: _____

Hinweis: Die Mitgliedschaft kann bis spätestens 4 Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt werden.