



GESUNDHEITSGARTEN ERFTSTADT · FRAUENTHAL

Gesundheitsgarten Erfstadt-Frauenthal e.V.

Dr. Norbert Endres
Bonner Ring 139

50374 Erfstadt

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre(n) ich/wir meinen/unseren Beitritt zum Verein
„Gesundheitsgarten Erfstadt-Frauenthal e.V.“

Name / Partnername.....

Vorname / Partnervorname.....

Straße

PLZ , Wohnort

Tel./Fax

E-Mail

Datum, Unterschrift

.....

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Verein „Gesundheitsgarten Erfstadt-Frauenthal e. V.“ widerruflich,
abden von mir/uns zu entrichtenden **Jahresbeitrag*** in Höhe von**EUR**
*(25 EUR/Mitglied einschl. Partner / 60 EUR/Verein/Institution/Unternehmen)

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen.

Name des Kreditinstitutes.....

Konto..... BLZ.....

.....
Datum, Unterschrift