

IFMGZ 
HOLLA e.V.

Interkulturelles Frauen und Mädchen Gesundheitszentrum

BEITRITTSERKLÄRUNG

Name

Adresse

Telefon

Mail

Monatlicher Mitgliedsbeitrag (bitte ankreuzen) 5 € 7 € 10 € oder _____ Euro

Ermäßigter Beitrag: 3 € / Begründung der Ermässigung _____

Überweise ich per Dauerauftrag: monatlich vierteljährlich

Quittungen über die Mitgliedsbeiträge werden einmal im Jahr auf Anfrage ausgestellt.

Ich trete zum _____ als aktives Mitglied (w) oder Fördermitglied (w/m) dem Verein bei.

Unterschrift