



## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM VEREIN FAMILIENZENTRUM SCHOPFHEIM

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Familienzentrum Schopfheim e.V.  
Ich bin bereit, einen Jahresbeitrag von \_\_\_\_\_ € (Mindestbeitrag z.Zt. 30,- €) zu zahlen.

---

Name & Vorname (Kontoinhaber)

---

Straße & Hausnummer

Postleitzahl & Ort

---

E-Mail-Adresse

Telefonnr.

Der jeweils geltende Jahresbeitrag kann sich durch Beschluss der Mitgliederversammlung ändern.  
Der Beitrag wird bis 31. März des Beitragsjahrs fällig. Die Mitgliedschaft ist zum Jahresende kündbar. Die Kündigung muss in Schriftform erfolgen.

Hinweis: Ihre Mitgliedsbeiträge sind steuerlich absetzbar.

### -SEPA-Lastschriftmandat-

**Gläubiger-ID DE82ZZZ00000256028**

**Mandatsreferenz:**

Ich ermächtige das Familienzentrum Schopfheim e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Familienzentrum Schopfheim e.V. von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Name Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Freiwillige Einwilligung zum Newsletter des Familienzentrums Schopfheim e.V.**

Unser Newsletter informiert Sie über Aktionen, Termine und Programme im Familienzentrum. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

---

Datum

Unterschrift Kontoinhaber

**Zurücksenden an oder abgeben bei:**

Familienzentrum Schopfheim e. V.  
Ernst-Friedrich-Gottschalk-Weg 3  
79650 Schopfheim  
Tel.: 07622 / 673 804  
Mail: info@familienzentrum-schopfheim.com

