



Freundeskreis Warendorf-Petersfield

Frau
Christ'1 Schneider
Eichelhäherweg 1

48231 Warendorf

____ ICH MÖCHTE MITGLIED IM FREUNDKREIS

____ WARENDORF-PETERSFIELD WERDEN

Vorname, Name: _____

Straße: _____

Plz, Ort: _____

Phone: _____

E-Mail: _____

Hiermit ermächtige ich den Freundeskreis Warendorf-Petersfield, bis auf Widerruf den Jahresbeitrag von nachstehend aufgeführtem Konto abzubuchen:

- Jugendliche unter 18 _____ 10 Euro
- Erwachsene _____ 20 Euro
- Familien (mit Kindern unter 18) _____ 35 Euro
- Firmen _____ 50 Euro

Geldinstitut: _____

BLZ: _____

Kontonummer: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____