



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:

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|-------|---------|
| <input type="checkbox"/> | Jugendliche unter 18 | _____ | 10 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Erwachsene | _____ | 20 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Familien (mit Kindern unter 18) | _____ | 35 Euro |
| <input type="checkbox"/> | Firmen | _____ | 50 Euro |

Geldinstitut: _____

BLZ: _____

Kontonummer: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____