



## Fördermitgliedschaft

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Haus Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich bereit, die Aktivitäten des BFmF e.V. bis auf Widerruf mit einem Betrag von \_\_\_\_\_ € monatlich zu fördern (Mindestbetrag 15 €, Schüler/Studenten 7,50 €)

### Die Kündigungsfrist der Mitgliedschaft und der Beiträge beträgt 3 Monate.

Mit der beigefügten Lastschrift-Einzugsermächtigung erkläre ich mich damit einverstanden, dass mein Mitgliedsbeitrag von meinem Konto eingezogen wird (siehe Anlage).

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern  
(Bei Minderjährigen)