

Ich will Mitglied werden!

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ Wohnort:

Telefon:

e-mail:

Hiermit erteile ich auf Widerruf Einzugsermächtigung

für Bankleitzahl

Konto

IBAN

BIC

Monatlicher Beitrag (bitte auswählen):

6 € (empfohlen)

3 € (Minimum)

Datum

Unterschrift

Bitte per [E-Mail](#) oder ausgedruckt einsenden an: AZ Rödermark, Erzberger Str. 7, 63322 Rödermark