

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

PFAD Pflege- und Adoptivfamilien Sachsen-Anhalt e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im

PFAD Pflege- und Adoptivfamilien Sachsen-Anhalt e.V. (nach § 3 der Satzung):

Vorname, Name

ggf. jur. Person

Geburtsdatum

Straße

PLZ/Ort

E-Mail

Telefon

Fax

Mit der Abbuchung des Monatsbeitrages in Höhe von (mind. 8,00 €) von meinem Konto bin ich einverstanden.

Kontoinhaber

Kreditinstitut

BIC

IBAN

Ich beantrage den Einzug des Beitrages als Jahresbeitrages (mind. 96,00 €).

Ort/Datum

Unterschrift

Bitte schicken Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular per Fax an **0345 / 6816515** oder per E-Mail an post@pfad-sachsen-anhalt.de oder über WhatsApp an **0171 / 7496668**