



Eltern-Kind-Zentrum
Schwabing / Maxvorstadt e.V.
Schraudolphstr. 10, 80797 München
Tel. 089/ 27 81 89 74

BEITRITTSERKLÄRUNG

An das
Eltern-Kind-Zentrum Schwabing / Maxvorstadt e.V.
Schraudolphstraße 10
80797 München

Name	Vorname
Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)	Beruf
Straße, Nr.	PLZ, Stadt
Telefon	Email Adresse
Kinder 1	Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)
Kinder 2	Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)
Kinder 3	Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)
Bei Schwangerschaft voraussichtlicher Entbindungstermin	
Kontonummer	BLZ
Bank	

Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergeben.

Ich möchte Mitglied des Eltern-Kind-Zentrum Schwabing / Maxvorstadt e.V. werden. Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt 36,00 Euro (monatlich 3,00 Euro).

Ich erkenne die Satzung des Eltern-Kind-Zentrum Schwabing / Maxvorstadt e.V. an und bin mit einer automatischen Beitragsbelastung einverstanden.

Der bezahlte Jahresbeitrag kann bei Ausscheiden aus dem Verein während des Geschäftsjahres nicht zurückerstattet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers