

Aufnahmeantrag

**Ich möchte
MITFRAU des Vereins Autonomes Frauenzentrum Potsdam e.V. werden!**

Name :

Anschrift:

.....

Tel. / Fax:

E-mail:

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 66,00 Euro jährlich bzw. 6,00 Euro monatlich.

Ich zahle folgenden Vereinsbeitrag:

..... Euro

jährlich ½-jährlich

¼-jährlich monatlich

auf das Konto des Vereins bei der Mittelbrandenburgischen Sparkasse in Potsdam

IBAN DE06 1605 0000 3502 2230 83

BIC WELADED1PMB

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

