|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Antrag auf Mitgliedschaft im Landfrauenverband** bei der zuständigen Ortsvorsitzenden abgeben oder an die Geschäftsstelle s.u. schicken).An den KreislandFrauenverband Steinfurt – Tecklenburger Land Geschäftsstelle • Hembergener Str. 10 • 48369 Saerbeck

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft imwllv_visitenkartenOrtsverband \_\_ M e t e l e n \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Vorname: |  |
| Straße: |  |
| PLZ + Ort: |  |
| Tel. / Fax: |  |
| Mail: |  |
| Freiwillige Angaben |  |
| Geb. am: |  |
| Beruf: |  |

 Ich bitte um ...

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 🞏 | Bekanntgabe einer Ansprechpartnerin in meinem Ortsverband | 🞏 | Weitergabe meiner Adresse an die zuständige Ortsvorsitzende |
| 🞏 | Zusendung von Informationen über die Arbeit des LandFrauenverbandes | 🞏 | Rückruf für ein persönliches Gespräch |

Ich bin damit einverstanden, dass der jährliche Beitrag von 27 EUR vonmeinem Konto ab­gebucht wird.(Bitte das nebenstehende/umseitige Lastschrift- Mandat dazu ausfüllen)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift |

 |

 |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Wllv-Landfrauenortsverband** MetelenGläubiger-Identifikationsnummer (des Ortsverbandes): (füllt der Ort aus)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D | E | 4 | 7 | Z | Z | Z | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 4 | 3 | 3 | 7 | 6 |

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (setzt der Ort ein)**SEPA-Lastschrift-Mandat**Ich ermächtige den Ortsverband Metelen, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Ortsverband Metelen auf mein Konto gezogenenLastschriften einzulösen.Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.  Vorname und Name (Kontoinhaber) Straße und Hausnummer Postleitzahl und Ort

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D | E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 IBAN

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 BIC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort und Datum Unterschrift**Hinweis für den Ortsverband**: Bitte ergänzt in Kopie zurück an das Mitglied geben. |