



Freiwilligenzentrum Offenbach e.V.
 Domstraße 81
 63067 Offenbach
 Telefon 069 8236 7039
 Fax 069 8236 7649
 E-Mail info@fzof.de
 Web www.fzof.de

Beitrittserklärung



.....
 Verein/Verband

.....
 Name

.....
 Vorname

.....
 Geburtsdatum(Tag/Monat/Jahr)

.....
 E-Mail-Adresse

.....
 Straße/Hausnummer

.....
 Postleitzahl/Wohnort

.....
 Telefon/Fax, privat

.....
 Telefon/Fax, geschäftlich

*Ich erkläre hiermit meinen Beitritt/den Beitritt des Vereins/Verbandes zu dem
 Freiwilligenzentrum Offenbach e.V.*

.....
 Ort/Datum

.....
 Unterschrift

Beitragszahlung

Der Mitgliedsbeitrag beträgt mindestens € 5,00 pro Monat. Der Beitrag wird mittels Lastschrift eingezogen. Hierzu erteile/erteilen ich/wir eine Einzugsermächtigung

über den Betrag von Euro pro Monat

und ein SEPA-Lastschriftmandat. Dieses Formular ist als Anlage beigelegt. Hierin sind alle Einzelheiten für die Zahlungsabwicklung enthalten.

.....
 Ort/Datum

.....
 Unterschrift