

CBF Darmstadt
Pallaswiesenstraße 123A

64293Darmstadt

Antrag auf Mitgliedschaft beim CBF Darmstadt

**Ich beantrage die Mitgliedschaft beim Club Behinderter und ihrer Freunde in
Darmstadt und Umgebung e.V. (CBF Darmstadt)**

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon,Fax,Emai/: _____

Geburtstag: _____

Mein Jahresbeitrag beträgt: € _____

Hinweis: Der Mindestjahresbeitrag beträgt 31€, kann auf Antrag ermäßigt werden.

Ort, Datum, Unterschrift:

SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger Club Behinderter & ihrer Freunde Darmstadt e.V.

Ich ermächtige den CBF Darmstadt, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom CBF Darmstadt auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber Name, Vorname: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum, Unterschrift: _____