



## Aufnahmeantrag

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Art der Mitgliedschaft:

- förderndes Mitglied                       ordentliches Mitglied

### Beitrag für alle Mitglieder wahlweise:

<b>Mindestbeitrag</b>	monatlich	2,00 EURO	<input type="checkbox"/>	jährlich	24,00 EURO	<input type="checkbox"/>
	monatlich	2,50 EURO	<input type="checkbox"/>	jährlich	30,00 EURO	<input type="checkbox"/>
	monatlich	5,00 EURO	<input type="checkbox"/>	jährlich	60,00 EURO	<input type="checkbox"/>
	monatlich	EURO	<input type="checkbox"/>	jährlich	EURO	<input type="checkbox"/>

### Zahlungsweise jährlich:

- SEPA-Lastschriftmandat  
 Barzahlung  
 Überweisung

**Bitte kreuzen Sie die Art der Mitgliedschaft, den gewählten Beitrag und die Zahlungsweise an.**

Ingolstadt, \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Dieses Formular können Sie unter folgender Fax-Nr. **0841 93755-30** senden oder per Brief zuschicken:

Sozialdienst katholischer Frauen e.V.  
Schrannenstr. 1a  
85049 Ingolstadt