



Aufnahmeantrag

Name /Vorname /Titel

Geburtsname

Straße

PLZ / Ort

Geb.-Datum

Heliandkorrespondenz Ja Nein

Tel. privat

Tel. dienstl.*

Mobiltelefon *

Telefax

E-Mail

Familienstand

Name des Ehepartners *

Anzahl der Kinder

Beruf (auch wenn nicht mehr berufstätig)

Ausgeübte Tätigkeit

Bankverbindung **

IBAN

BIC

abweichender Konto-Inhaber

Zahlungsart Lastschrift

Überweisung an :

HELIAND – Kreis Katholischer Frauen

IBAN: DE74 7509 0300 0000 0500 08

ich benötige eine Spendenquittung für den Beitrag

Eintrittsdatum Unterschrift

Die Angabe der mit * bezeichneten Rubriken ist freiwillig.

Die Angabe der mit ** bezeichnete Rubrik ist notwendig bei Lastschrifteinzug.

Mitgliedsbeitrag jährlich: 30,00 €

Bezugspreis für die Heliand-Korrespondenz jährlich 16,00 €