



## 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 €**