

BAD RAPPENAU CONTREXEVILLE LLANDRINDOD WELLS



Partnerschaftsförderverein

Partnerschaftsförderverein Bad Rappenau e.V.

Beitrittserklärung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

e-mail : _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ich ermächtige den Partnerschaftsförderverein Bad Rappenau e.V.,
den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag bis auf Widerruf zu
Lasten meines Kontos einzuziehen.

Jahresbeitrag: 31 Euro

IBAN: _____ BIC: _____

Kreditinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____