

Ich möchte Fördermitglied werden

ab dem _____ bei der Sozialen Initiative.

Name _____

Vorname _____

PLZ / Ort: _____

Straße: _____

Fon: _____ Fax: _____

Homepage: _____

Email-Adresse: _____

Wir möchten im Internet genannt werden. ja ____ nein ____

Bundesland: _____

Ansprechpartner / in: _____ Branche/n:

Der Monatsbeitrag beträgt 10.- Euro

Ich zahle einmal jährlich ____

Ich zahle halbjährlich ____

Ich akzeptiere, dass ich diesen Antrag innerhalb von 14 Tagen widerrufen kann.

Datum: _____ Unterschrift:

Mitgliedsantrag

Senden Sie dieses Formular ausgefüllt per eMail an iwos@gmx.de