



MITGLIED WERDEN

*Hiermit beauftrage ich die Mitgliedschaft
im Förderverein SWO.*

Name		Geldinstitut	
Straße		IBAN	
Ort		BIC	
Telefon		Lippstadt, den	
E-Mail		Unterschrift	

Hiermit ermächtige ich den Förderverein SWO
widerruflich, die Mitgliedsbeiträge (derzeit mindestens **3€**
monatlich), von meinem o.g. Konto einzuziehen.

Mein monatlicher Beitrag:

	€
--	---

Zahlungsweise: halbjährlich im Januar und Juli



**Wir würden uns freuen, wenn
Sie unsere Arbeit durch Ihre
Mitgliedschaft unterstützen.**

