



## Antrag auf Mitgliedschaft bei Katzenbabyrettung Mittelhessen e.V.

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Plz, Ort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
(Vorwahl/Nummer) (falls vorhanden)

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Ihre persönlichen Daten werden zur Verarbeitung bei uns gespeichert, sind für Dritte nicht zugänglich und werden garantiert nicht an Dritte weitergegeben.

Ja, ich möchte Mitglied werden.  
Den monatlichen Beitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro werde ich durch

Dauerauftrag  Überweisung zum \_\_\_\_\_ des laufenden Monats

zu Gunsten des unten genannten Spenden-Kontos entrichten:

Sparkasse Marburg Biedenkopf,  
IBAN DE31 5335 0000 1039 0068 60 BIC HELADEF1MAR

(Mindestbeitrag 1,00 Euro/Monat)

Diese Mitgliedschaft kann ohne Angaben von Gründen bis zum 30. September zum Jahresende des jeweiligen laufenden Jahres gekündigt werden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers \_\_\_\_\_