

SOZPÄDAL

SOZIALPÄDAGOGISCHE ALTERNATIVEN E.V.

SOZPÄDAL SCHEFFELSTR. 37 76135 KARLSRUHE

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein
SOZPÄDAL Sozialpädagogische Alternativen e.V.

Name _____

Vorname _____

Anschrift _____

Telefon/Fax _____

E-Mail _____

Der Mindestbeitrag beträgt monatlich € 5.11 für Berufstätige;
€ 4.09 für Studenten, Arbeitslose etc.

Der Mitgliedsbeitrag kann vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich auf unser u.a.
Konto überwiesen werden. Auf Wunsch übersenden wir gerne ein Formular zur
Erteilung einer Einzugsermächtigung.

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)

VEREIN

B Ü R G E R I N N E N
O H N E W O H N U N G
S C H E F F E L S T R . 3 7
7 6 1 3 5 K A R L S R U H E
T E L . 0 7 2 1 - 8 4 0 8 9 1 1 0
F A X 0 7 2 1 - 8 4 0 8 9 1 2 9
w w w . s o z p a e d a l . d e
v e r e i n @ s o z p a e d a l . d e



BANK FÜR SOZIALWIRTSCHAFT
K A R L S R U H E
B L Z 6 6 0 2 0 5 0 0
K O N T O 7 7 0 3 4 0 0