

# 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

 DER PARITÄTISCHE  
UNSER SPITZENVERBAND

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