



Betr.: Antrag auf Mitgliedschaft in der Evangelischen Allianz Krefeld e.V.

**Evangelische Allianz Krefeld e.V.**

z.Hd. Herrn Ulrich Freischlad

Forstwaldstr. 624

47804 Krefeld

**Antrag auf Mitgliedschaft in der Evangelischen Allianz Krefeld e.V.**

*Alle Angaben werden vertraulich behandelt!*

Hiermit erkläre ich, dass ich Mitglied der Evangelischen Allianz Krefeld e.V. werden möchte. Der Glaubensbasis der Evangelischen Allianz stimme ich zu. Den Mitgliederbeitrag (*derzeit: 1, 50 Euro pro Monat = 18 Euro pro Jahr*) habe ich auf das Konto der Evangelischen Allianz (*Sparkasse Krefeld - Konto: 940 15 930 - BLZ: 320 500 00*) überwiesen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten in die Mitgliederkartei aufgenommen und ausschließlich zu Mitgliedszwecken gespeichert und verwendet werden.

NAME: \_\_\_\_\_ GEBURTSNAME: \_\_\_\_\_

VORNAME(N): \_\_\_\_\_

STRASSE: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

TEL.: \_\_\_\_\_ TEL.(DIENSTL.): \_\_\_\_\_ HANDY: \_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

GEBOREN AM: \_\_\_\_\_ GEBOREN IN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift