



MOPS-ENGEL e.V.

Linden Allee 10, 45127 Essen

web: www.Mops-Engel.de

Tel.: **0201/247 25 - 20**

mail: info@Mops-Engel.de

Fax: **0201/247 25 - 35**

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein Mops-Engel e.V

| |
|---------------|
| Vorname |
| Name |
| Straße |
| Postleitzahl |
| Ort |
| Geburtsdatum |
| Telefon |
| Email-Adresse |

Bitte senden Sie diesen Antrag an:

Mops-Engel e.V. – Linden Allee 10 - 45127 Essen – Fax: 0201/2472535

Jahresgebühr für Fördermitglieder 30, -- Euro

Schüler/Studenten/soz. Schwächere 15, -- Euro

Zahlweise Überweisung
jährlich halbjährlich

Ich erkläre mich mit den Zielen sowie der Satzung des Mops-Engel e.V einverstanden. Der Jahresbeitrag wird im voraus fällig und kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende gekündigt werden.

Falls keine Kündigung erfolgt verlängert sich die Mitgliedschaft stillschweigend um ein weiteres Jahr.

| |
|--------------|
| Ort/Datum |
| Unterschrift |

Mops-Engel e.V. – Linden Allee 10 – 45127 Essen

Konto-Nr. 451758400, Blz. 36060488, Geno Bank Essen eG
IBAN DE15360604880451758400, BIC GENODEM1GBE