

Sozialdienst katholischer Frauen e. V.  
Ortsverein Fulda  
**z. Hd. Fachstelle Ehrenamt**  
Rittergasse 4  
36037 Fulda

## Erklärung zur Mitgliedschaft

Ich erkläre meine Mitgliedschaft beim Sozialdienst kath. Frauen e.V. Fulda

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

wohnhaft: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**(bitte stets mit angeben)**

- Ich werde Mitglied und arbeite **ehrenamtlich** für den SkF (**ohne** Beitragszahlung)
- Ich werde Mitglied und arbeite **ehrenamtlich** für den SkF (**mit** Beitragszahlung)
- Ich werde Mitglied **ohne ehrenamtliche Tätigkeit** (**mit** Beitragszahlung)

**Der Jahresbeitrag beträgt 60, -- € und ist jeweils bis zum 15. Januar des Jahres zu entrichten auf: Sparkasse Fulda, IBAN DE40 5305 0180 0040 0213 00, BIC HELADEF1FDS.**

Fulda, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitglied

---

Für den Sozialdienst  
kath. Frauen e.V. Fulda:

.....

Vorstand