

CBF Darmstadt
Pallaswiesenstraße 123A

64293Darmstadt

Antrag auf Mitgliedschaft beim CBF Darmstadt

Ich beantrage die Mitgliedschaft beim Club Behinderter und ihrer Freunde in Darmstadt und Umgebung e.V. (CBF Darmstadt)

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon ,Fax,Email/: _____

Geburtstag: _____

Mein Jahresbeitrag beträgt: _____ €

Hinweis: Der Mindestjahresbeitrag beträgt 31 € ,er kann auf Antrag *ermäßigt* werden.

Ort, Datum, Unterschrift: _____