

# MITGLIEDSANTRAG

**ZAB e.V. Zusammen Aktiv Bleiben**, Rumfordstr. 21a Rgb., 80469 München 089 - 29 99 20, Fax 089  
- 228 38 74, e-mail: [zab@zab-ev.de](mailto:zab@zab-ev.de)

Ich beantrage die Aufnahme bei ZAB e.V. als Mitglied. Die Satzung erkenne ich an.

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer Postleitzahl Wohnort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Telefon e-mail

Aktivität bei ZAB: \_\_\_\_\_

So habe ich von ZAB erfahren: \_\_\_\_\_

**Bitte ankreuzen:**

**Monatlicher Mindestbeitrag:**  4,- € /  freiwillig:  5,- € /  10,- €

**Ich zahle:**  halbjährlich  jährlich

- Ich bezahle bar im ZAB-Zentrum
- Ich überweise an ZAB e.V., Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE32 7002 0500 0007 8031 00 / BIC: BFSWDE33MUE
- Bankeinzug von meinem Konto:

Bank: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

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

Die Kündigung bitte schriftlich an das ZAB-Büro!  
Die Datenschutzerklärung bitte bei Abgabe des Mitgliedsantrages im Büro unterschreiben