



MITGLIEDSANTRAG

ZAB e.V. Zusammen Aktiv Bleiben, Rumfordstr. 21a Rgb., 80469 München,
Tel. 089 - 29 99 20, Fax 089 - 228 38 74, e-mail: 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
- Lastschriftinzug von meinem Konto:

Bank: _____ Ort: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Ort, Datum Unterschrift

Die Kündigung bitte schriftlich an das ZAB-Büro!