

## Beitrittserklärung

---

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Deutschen Evangelischen  
Frauenbund, Ortsverband Mainz e.V.  
Der Jahresbeitrag beträgt € 30,00.

} \_\_\_\_\_  
Name

} \_\_\_\_\_  
Vorname

} \_\_\_\_\_  
Straße

} \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

} \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

} \_\_\_\_\_  
Telefon

} \_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

### **Bankverbindung:**

MAINZER VOLKSBANK

IBAN: DE 71 5519 0000 0647 0250 14