

**Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei den LIBERALEN FRAUEN BERLIN**

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Mobil-Tel.: \_\_\_\_\_

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Beruf : \_\_\_\_\_

Mitgliedschaften  FDP  liberale Organisationen:

Datum

Unterschrift

Der Jahresbeitrag beträgt € 32; (Schülerinnen, Studentinnen € 16)

ABBUCHUNGSAUFTRAG

Ich bin damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag ab dem \_\_\_\_\_ von folgendem Konto abgebucht wird:

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

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

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

Kontoinhaberin: \_\_\_\_\_

Beitrag : \_\_\_\_\_ €

Datum

Unterschrift

Ausgefüllten Antrag bitte an : [info@liberale-frauen-berlin.de](mailto:info@liberale-frauen-berlin.de)