



MITGLIEDSCHAFT beim Sozialdienst kath. Frauen Recklinghausen e.V.

**Aufnahmeantrag**

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

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

geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

Tel.: \_\_\_\_\_

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

Beruf/  
Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Mit meinem Beitritt zum SkF, der vom Vorstand des Verbands bestätigt werden muss, erkenne ich die Satzung des Sozialdienstes katholischer Frauen Recklinghausen e.V. an.

Ich bin mit der EDV-mäßigen Erfassung meiner Daten, soweit es für Vereinszwecke notwendig ist, einverstanden.

\_\_\_\_\_, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Der Mindestbeitrag **pro Jahr** beträgt zurzeit 30,- €.