

# Ich möchte Mitglied werden!

**Sozialdienst katholischer Frauen e. V. Dülmen**  
**Mühlenweg 88**  
**48249 Dülmen**



Name \_\_\_\_\_

Vorname\* \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

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

Telefon / Mobil\* \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Sozialdienst katholischer Frauen e. V. Dülmen.  
Die Mitgliedschaft ist für mich kostenlos.

Ein Austritt ist jederzeit möglich. Die Austrittserklärung muss dem Vorstand schriftlich  
zugehen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Bitte senden Sie dieses Formular unterschrieben zurück:**

- per Fax an 02594/950-5019
- per Post an: Sozialdienst kath. Frauen e.V. Dülmen, Mühlenweg 88, 48249 Dülmen

Oder geben Sie das Formular persönlich in unserer Geschäftsstelle ab.