

AHF - Arbeitsgemeinschaft Hessische Familienbildung e.V.

Ich / Wir beantragen die Mitgliedschaft bei der AHF - Arbeitsgemeinschaft Hessische Familienbildung e.V

(bitte ankreuzen):

Einrichtungen / Träger: _____

vertreten durch

Name: _____ Vorname: _____

Einzelmitglied:

Name: _____ Vorname: _____

Beruf / Position: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____ Tel.: _____

E-Mail: _____

Für mich / uns gelten folgende MITGLIEDSBEITRÄGE laut Beitragssatzung vom 30.03.2023

Jahresbeitrag für Institutionen

Jahresbeitrag für Einzelperson

Mit einer Nennung meines Namens/meiner Einrichtung bei Anfragen von potenziellen Neumitgliedern bin ich einverstanden ja nein

Der Veröffentlichung der Mitgliedschaft auf der Homepage der AHF - Arbeitsgemeinschaft Hessische Familienbildung e.V stimme ich zu (Name/Institution, Ort) ja nein

Ich erkenne die Satzung des AHF - Arbeitsgemeinschaft Hessische Familienbildung e.V. in der jeweils gültigen Fassung an.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte ausgefüllt senden an: kontakt@ahf-hessen.de