

***Ich möchte Mitglied werden!***

**Ich bitte hiermit um Aufnahme in die Kulturgesellschaft der Stadt Ahlen e.V. bei einem jährlichen Mitgliedsbeitrag von 18 € pro Person:**

---

**Name, Vorname**

---

**Straße, Hausnummer**

---

**PLZ, Wohnort**

---

**Telefon**

---

**Datum, Unterschrift**

**Ich willige bei Fälligkeit in ein SEPA-Lastschriftverfahren zu Lasten meines Girokontos ein.**

---

**IBAN**

---

**BIC**

---

**Bank**

---

**Datum, Unterschrift**