

## Ich möchte Mitglied werden!

**Absender (bitte in Blockbuchstaben ausfüllen):**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname geb. am

\_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Mail/Telefon

**Ich möchte Mitglied bei SOLINGEN AKTIV werden**

und zahle einen jährlichen Mindestbeitrag von:

- 20,00 €
- 10,00 € (ermäßigter Beitrag für Flüchtlinge/Schüler/Rentner/Arbeitslose)
- ..... € (eigene Angabe)

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

(Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Grundsätze von SOLINGEN AKTIV an)

Bitte an obige Adresse einsenden oder im Büro abgeben.