

**Antrag auf Mitgliedschaft  
Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Cloppenburg**

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Sozialdienst kath. Frauen e.V. Cloppenburg.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

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

Beruf: \_\_\_\_\_

Mit der Speicherung meiner Daten ausschließlich zu satzungsgemäßen Aufgaben bin ich einverstanden. Von der Satzung habe ich Kenntnis genommen und erkenne sie bei Aufnahme verbindlich an. Die Satzung kann im Büro oder auf der Homepage des SKF eingesehen werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift