



Katholische Frauengemeinschaft  
Bökenförde

---

## Anmeldeformular

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft  
in der kfd.

Der Jahresbeitrag einschließlich der  
monatlich erscheinenden Zeitschrift  
„Frau & Mutter“ beträgt EUR 18,-

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum      \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Eintrittsdatum      \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Bökenförde, \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift