

Name und **vollständige** Anschrift  
der Einrichtung/des Anbieters/des Vereins:

Kreisverwaltung Donnersbergkreis  
-Abt. Soziales-  
Uhlandstraße 2  
67292 Kirchheimbolanden

**Bestätigung der Einrichtung/des Anbieters/des Vereins**

zum Antrag auf Leistungen für Bildung und Teilhabe (**kulturelle/soziale Teilhabe**)  
zur Vorlage bei der Kreisverwaltung Donnersbergkreis

Hiermit wird bestätigt, dass \_\_\_\_\_

(Name und Geburtsdatum der Teilnehmerin/des Teilnehmers)

hier seit \_\_\_\_\_ Mitglied ist und aktiv an \_\_\_\_\_  
teilnimmt.

Der Teilnehmer-/Mitgliedsbeitrag für \_\_\_\_\_ beträgt \_\_\_\_\_ €

einmalig  monatlich  pro Quartal  halbjährlich  jährlich. Es handelt sich

dabei um einen  Einzelbeitrag /  Familienbeitrag für \_\_\_\_\_ Personen (bitte Zutreffendes  
ankreuzen und ggfls. Personenzahl ergänzen)

Der Beitrag ist bis spätestens \_\_\_\_\_ zu zahlen.

Die noch offenstehenden Kosten bitten wir auf das Konto der Einrichtung/des Anbieters/des  
Vereins zu überweisen:

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_ Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Für Rückfragen steht zur Verfügung Frau/Herr \_\_\_\_\_, Tel.: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)