

SVG Bummelzapfen Beitrittserklärung

Ich will mitmachen:

Name, Vorname: _____

PLZ, Wohnort, Strasse: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____

Beruf: _____

Ich interessiere mich für folgende Abteilungen:

Beitrag: ☐ 5 Euro monatlich (Jugendliche, Studenten, Rentner)
 ☐ 6 Euro monatlich (Erwachsene)
 ☐ 12 Euro monatlich (Familien)

Zahlung vierteljährlich

Vereinsbeitritt ab ☐ 01.01. ☐ 01.04. ☐ 01.07. ☐ 01.10.

Meine Bankverbindung:

Konto: _____ BLZ: _____

Kontoinhaber: _____ Bank: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Unterschrift des gesetzl. Vertreters oder des Kontoinhabers: _____