

# 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: \_\_\_\_\_