

BEITRITTSERKLÄRUNG



Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.-Nr.: _____

Hiermit erkläre ich die Mitgliedschaft zu KIRWAFREUNDE ANPFIFF 09 e.V.

Ort, Datum, Unterschrift des Antragsstellers: _____

(Bei Antragsstellern unter 18 Jahren bitte die Unterschrift des Erziehungsberechtigten)

Abbuchungsauftrag für den Beitrag zu KIRWAFREUNDE ANPFIFF 09 e.V.

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Ich bin damit einverstanden, dass der Jahresbeitrag jährlich von meinem Konto

IBAN: _____

bei _____

BIC: _____ abgebucht wird.

Ort, Datum, Unterschrift: _____

Diese Erklärung gilt bis auf Weiteres. Ein Widerruf muss schriftlich an den 1. Vorstand erfolgen.

Der Jahresbeitrag beträgt zur Zeit 10.00 Euro.