

Mitgliedsformular / Spendenformular

Titel:

Vorname:

Name:

Adresse:

Postleitzahl:

Ort:

Land:

Geschlecht: männlich: weiblich:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Arten der Unterstützung:

Einzelmitgliedschaft / ordentliches Mitglied (25€ / Jahr):

Wir freuen uns auch über höhere Mitgliedsbeiträge / Außerordentliches Mitglied:

Einmalige Spende in Höhe von Euro.

Beitrittserklärung für ordentliche und außerordentliche Mitglieder:

Ich trete hiermit - vorbehaltlich der Annahme dieser Beitrittserklärung durch den Vorstand – dem Verein „AfreakMED“ bei und verpflichte mich zur Bezahlung des Mitgliedsbeitrages. Ich habe die Statuten zur Kenntnis genommen und alle daraus erwachsenen Rechte und Pflichten anerkannt.

Datum / Unterschrift

Bei Minderjährigen ist die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten erforderlich.

Bankverbindung:

Sparkasse Frankenmarkt

Blz: 20306 | Kto.Nr.: 00000-028084

IBAN: AT062030600000028084 | BIC: SPFRAT21

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für interne Zwecke des Vereins verwendet und elektronisch gespeichert werden.

