

**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.

