

Ich möchte Mitglied werden

Name, Vorname

Straße

Postleitzahl, Ort

E-Mail

Telefon

Ich zahle einen monatlichen Mitgliedsbeitrag von ____ €

(Monatl. Mindestbeitrag 5 €. Der Austritt aus dem Verein ist mit einer Frist von sechs Wochen zum Jahresende möglich)

Ort/Datum

Unterschrift

Ich spende ____ € und bitte um eine Spendenbescheinigung

Name, Vorname

Straße

Postleitzahl, Ort

E-Mail

Telefon

Ort/Datum

Unterschrift