



## Aufnahmeantrag

Bitte in Blockschrift und gut leserlich ausfüllen

Vorname\*:

Nachname\*:

Straße\*:

PLZ/Ort\*:

Geburtstag\*:

E-Mail\*:

Telefon:

Mobiltelefon:

\* Pflichtfelder

Der Mitgliedsbeitrag beträgt monatlich 20€ (in Worten: zwanzig) und ist jeweils zu Beginn eines Monats/Quartals/Jahr ohne Aufforderung zu zahlen. Eine entsprechende Zuwendungsbescheinigung wird zum Jahresende zugesandt.

Auf Antrag kann ein reduzierter monatlicher Beitrag in Höhe von 5€ (in Worten: fünf) gewährt werden. Dazu bitte das passende Formular ausfüllen.

Es wird empfohlen einen erhöhten monatlichen Beitrag zu zahlen (für juristische Personen Mindestens 50€ (in Worten: fünfzig)).

Minderjährige müssen zusätzlich die Einverständniserklärung mit einreichen.

Die Satzung und Beitragsordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum:  Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

Interne Angaben:

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ Handzeichen: \_\_\_\_\_

Austrittsdatum: \_\_\_\_\_ Handzeichen: \_\_\_\_\_