



## Antrag auf Mitgliedschaft

Anrede (\*)

Vorname (\*)

Nachname (\*)

Straße (\*)

Hausnummer (\*)

PLZ (\*)

Wohnort (\*)

Geschlecht (\*)

Geburtsdatum (\*)

Telefon (\*)

Eintrittsdatum (\*)

E-Mail-Adresse (\*)

Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie als aktives  oder förderndes  Mitglied aufgenommen werden möchten.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt: 86,40 € jährlich, 43,20 € halbjährlich und 21,60 € vierteljährlich.

Für jedes weitere Familienmitglied beträgt der Beitrag:

43,20 € jährlich, 21,60 € halbjährlich und 10,80 € vierteljährlich.

Der Mitgliedsbeitrag wird per Lastschrifteinzug eingezogen.

Kontoinhaber (\*)

BIC (\*)

IBAN (\*)

Mit dem Setzen des Häkchens bestätigen Sie die oben eingetragenen Daten auf Richtigkeit und erklären sich mit unserer Datenschutzerklärung einverstanden. Desweiteren erklären Sie sich damit einverstanden, dass der fällige Beitrag von o.a. Konto eingezogen wird und einverstanden sind, dass Ihre Daten zur Bearbeitung Ihres Anliegens verwendet werden. Weitere Informationen und Widerrufshinweise finden Sie in unserer Datenschutzerklärung. Sie erhalten eine Kopie Ihrer Nachricht an Ihre E-Mail-Adresse

Alle Felder mit (\*) sind Pflichtfelder