



MITGLIEDSANTRAG

Persönliche Daten:

Name:* _____
Vorname:* _____
Straße:* _____
PLZ / Ort:* _____
Telefon: _____
E-Mail: _____
Geburtsdatum:* _____

Daten zur Mitgliedschaft:

Eintrittsdatum (Erst-Inkasso):* _____

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt monatlich: _____ Euro
(Der Mindestbeitrag beträgt 3,00 €.)

Zahlungsrhythmus (bitte ankreuzen):* monatlich ¼-jährlich jährlich
(15.des M.) (15.01.,15.04.,15.07.,15.10.) (01.12.)

Ich überweise auf folgendes Konto: Mittelbrandenburgische Sparkasse
IBAN: DE93 1605 0000 3502 026644
BIC: WELADED1PMB

Ort, Datum

Unterschrift

*Pflichtfelder