

Beitrittserklärung

Ich möchte Mitglied werden ab :	<input type="text"/>
Name :	<input type="text"/>
Geburtsname :	<input type="text"/>
Straße :	<input type="text"/>
Plz, Ort :	<input type="text"/>
Telefon :	<input type="text"/>
E-Mail :	<input type="text"/>
Abgangsjahr von der Schule :	<input type="text"/>
Geburtsdatum :	<input type="text"/>
Beruf :	<input type="text"/>

Mein Jahresbeitrag:

- 6 € für Auszubildende, Studenten
 12 €
 freiwilliger höherer Betrag: €

Bitte buchen Sie den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto ab!

Konto-Nr. :	<input type="text"/>
Name der Bank :	<input type="text"/>
Bankleitzahl :	<input type="text"/>
Kontoinhaber :	<input type="text"/>
BIC :	<input type="text"/>
IBAN :	<input type="text"/>

Ort, Datum

Unterschrift