

Mitgliedsantrag

Ich möchte bzw. wir möchten dem Museumsverein
Flehing-Sickingen e.V. beitreten.

Name:

Straße:

Wohnort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Weitere Namen bei Familienmitgliedschaft:

Name:

Name:

Gewünschte Mitgliedschaft:

- | | | |
|--------------------------|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Einzelmitgliedschaft | 30,00 Euro/Jahr |
| <input type="checkbox"/> | Einzelmitglied als Schüler/Student/Rentner | 15,00 Euro/Jahr |
| <input type="checkbox"/> | Einzelmitglied unter 16 Jahren | 6,00 Euro/Jahr |
| <input type="checkbox"/> | Familienmitgliedschaft (Zwei Erwachsene, kindergeldberechtigte Kinder) | 60,00 Euro/Jahr |
| <input type="checkbox"/> | Juristische Personen und Körperschaften | 600,00 Euro/Jahr |
| <input type="checkbox"/> | Gemeinnützige Einrichtung, Verein oder Organisation | 300,00 Euro/Jahr |

Datum: Unterschrift:

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Museumsverein, die vereinbarten Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit von meinem
Konto einzuziehen:

Name des Kontoinhabers: Bank:

Kontonummer: Bankleitzahl:

Datum: Unterschrift:

Datenschutzerklärung

Ich bin bzw. wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Daten zu Verwaltungszwecken
gespeichert und verarbeitet werden. Es erfolgt keine Weitergabe der persönlichen Daten an Dritte.

Datum: Unterschrift:

