

***Ich/Wir werde/n Mitglied der***

**Abschter**  
**Fosenöchter e.V.**



Ich \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

whft.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
(Straße, PLZ, Ort)

trete mit Wirkung vom \_\_\_\_\_

den Abschter Fosenöchtern e.V. als MITGLIED bei.

**Gleichzeitig melde ich folgende Familienangehörige an.**

1. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname) (geb.) (Wohnort) (ab)

2. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname) (geb.) (Wohnort) (ab)

3. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname) (geb.) (Wohnort) (ab)

4. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname) (geb.) (Wohnort) (ab)

**Zu leistender Mitgliedsbeitrag pro Person: 5,55 €**

**EINZUGSERMÄCHTIGUNG wird erteilt: JA \_\_\_\_\_ NEIN \_\_\_\_\_**

Konto Nr. \_\_\_\_\_ Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
( bei Minderjährigen Unterschrift  
des/der Erziehungsberechtigten)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Mitgliedes)