

Mitgliedsformular



Ich werde / Wir werden Mitglied bei
den Freunden des Deutschen Klingensmuseums

.....
Name

.....
Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ/Ort

.....
Geburtsdatum

Mit der Speicherung meiner/unserer angegebenen persönlichen Daten
ausschließlich für vereinsinterne Zwecke bin ich/sind wir einverstanden.
Ich ermächtige/Wir ermächtigen Sie, den jährlichen Mitgliedsbeitrag
in Höhe von Euro von meinem/unserem Konto abzubuchen.

Konto-Nr.
BLZ
bei

Mindestbeitrag:

Einzelperson	20 Euro
Familien	30 Euro
Firmen	100 Euro
Schüler/Studenten	10 Euro
Vereine	50 Euro

.....
Datum / Unterschrift