

Antrag auf Mitgliedschaft



Ich möchte Mitglied im Verein Flensburger Hofkultur e.V. werden

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtstag:

Telefon:

Email:

Mitgliedsbeitrag: (mind. 50,- € pro Jahr). Die Entrichtung des Beitrags kann nur durch Lastschrift erfolgen.

Aktives Mitglied

Fördermitglied

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Mitgliedschaftsrichtlinien gelesen habe und bereit bin, mich bestmöglich in der angegebenen Form für die Flensburger Hofkultur e.V. einzubringen.

Ermächtigung zum Lastschriftverfahren

Ich erkläre mich einverstanden, dass mein jährlicher Mitgliedsbeitrag in Höhe

von € von folgendem Konto abgebucht wird.

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift