

Name:		
Vorname:		
PLZ; Wohnort:		
Straße:		
Geburtsdatum:		
Telefon:		
e-mail:		

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft im **Verschwisterungsverein Reichelsheim e.V.** als

<input type="radio"/>	Einzelmitgliedschaft	Jahresbeitrag z. Z. 13,00 €
<input type="radio"/>	Einzelmitgliedschaft zum ermäßigten Jahresbeitrag (Schüler, Studenten, Auszubildende, Wehr- oder Ersatzdienstleistende, Rentner, Schwerbeschädigte)	Jahresbeitrag z. Z. 8,00 €
<input type="radio"/>	Familienmitgliedschaft für folgende Familienmitglieder:	Jahresbeitrag z. Z. 30,00 €
	Name:	Vorname:
	Geburtsdatum:	

= zutreffendes bitte ankreuzen

Eine Satzung des Verschwisterungsvereins wird auf Anforderung übersandt.

Abbuchungsermächtigung:

Hiermit erkläre ich mich bis auf Widerruf damit einverstanden, dass der Verschwisterungsverein Reichelsheim e.V. den von mir zu zahlenden Jahresbeitrag von meinem

Girokonto – Nr. :	
bei Bank:	
BLZ:	

per Lastschrift abbuchen kann.

Datum:	
--------	--

Unterschrift:
