



ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT IM FREUNDSCHAFTSKREIS HVHS SPRINGE E.V.

Ich möchte gerne Mitglied des Vereins werden

Name, Vorname *

Geburtsdatum

Straße / Hausnummer *

PLZ / Wohnort *

E-Mail - Adresse *

Telefon

gewünschter Start
der Mitgliedschaft *

Mein Solidaritätsbeitrag
(mind. 24,-€ pro Jahr) *

€

SEPA-Lastschriftmandat *

Kontoinhaber*in *

IBAN *

Bank-Institut / BIC-SWIFT *

erstmalig einziehen am: Anmerkung:

Zustimmung zum
Lastschriftverfahren *

Ich stimme der Speicherung und Nutzung meiner Daten für die Arbeit des Vereins zu. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht. Ich kann jederzeit formlos der Nutzung meiner Daten widersprechen: kontakt@freundschaftskreis-hvhs-springe.de *

Unterschrift *

Ort, Datum *

per Fax: 05041 9404-50

per Mail: kontakt@freundschaftskreis-hvhs-springe.de

per Post: Freundschaftskreis HVHS Springe e.V c/o BuTZ HVHS

Springe e.V., Kurt-Schumacher-Straße 5, 31832 Springe

*Pflichtfelder



SOLIDARITÄT

