

Kneipp-Verein Fallersleben e.V.
Hinterm Hagen 10
38442 Wolfsburg

Beitrittserklärung

ab Januar 20_____

1. _____
Name Vorname geb.

2. (Ehe-) Partner (im gemeinsamen Haushalt lebend)

Name Vorname geb.

3. Kinder unter 18 Jahren

Name Vorname geb.

Name Vorname geb.

Name Vorname geb.

4. _____
Straße Nr. PLZ Wohnort

Telefon Fax E-Mail-Adresse

5. Mit der Unterschrift erkenne(n) ich / wir die Satzung des Kneipp-Verein Fallersleben e.V. an, und ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Mitgliedsbeitrag von 25 € für Einzelmitglieder / 30 € für Paare und Familien mit Kindern unter 18 Jahren jährlich von meinem / unserem Konto abgebucht wird.
Personenbezogene Daten werden beim Kneipp-Verein Fallersleben e.V. gespeichert.

Kontoinhaber Kontonummer

Geldinstitut Bankleitzahl

Unterschrift

Ort, Datum Unterschrift (Ehe-) Partner