Antrag auf Mitgliedschaft im Deutsch-Irischen Freundeskreis Bayern e.V.

Ich (wir) beantrage(n) Mitgliedschaft als / zum jährlichen Beitrag von

Bitte Ankreuzen

☐ Ordentliches Mitglied	30,00 €
☐ Schüler / Studenten / Auszubildende / Rentner	20,00 €
☐ Familienmitgliedschaft	50,00 €
☐ Förderndes Mitglied	100,00 €

Mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder

Name *

Vorname *

Geburtsdatum *

Straße, Hsnr. *

PLZ, Ort *

Telefon *

Mobil

E-Mail *

Wird vom Verein ausgefüllt Eintrittsdatum

Mitgliedsnummer

Bei Familienmitgliedschaft: Familienangehörige

Name Vorname

Geburtsdatum * E-Mail, Tel.

Name Vorname

Geburtsdatum * E-Mail, Tel.

Name Vorname

Geburtsdatum * E-Mail, Tel.

Name Vorname

Geburtsdatum * E-Mail, Tel.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich Satzung und Datenschutzerklärung des Deutsch-Irischen Freundeskreis Bayern e.V. in ihrer aktuellen Fassung.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____