

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: _____