

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



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

Bitte Ankreuzen

- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Ordentliches Mitglied | 30,00 € |
| <input type="checkbox"/> Schüler / Studenten / Auszubildende / Rentner | 20,00 € |
| <input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft | 50,00 € |
| <input type="checkbox"/> Förderndes Mitglied | 100,00 € |

Mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder

Name *	<input type="text"/>
Vorname *	<input type="text"/>
Geburtsdatum *	<input type="text"/>
Straße, Hsnr. *	<input type="text"/>
PLZ, Ort *	<input type="text"/>
Telefon *	<input type="text"/>
Mobil	<input type="text"/>
E-Mail *	<input type="text"/>

Wird vom Verein ausgefüllt
Eintrittsdatum

Mitgliedsnummer

Bei Familienmitgliedschaft: Familienangehörige

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum *	<input type="text"/>	E-Mail, Tel.	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum *	<input type="text"/>	E-Mail, Tel.	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum *	<input type="text"/>	E-Mail, Tel.	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum *	<input type="text"/>	E-Mail, Tel.	<input type="text"/>

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

Ort, Datum:

Unterschrift: