

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre/n ich / wir den Beitritt zum Verein als

- Einzelmitglied
 - Familie/ Partnerschaft
 - Juristische Person
- (bitte ankreuzen)

1. Name

Vorname

Geb.-Datum

2. Name

Vorname

Geb.-Datum

Straße

PLZ, Ort, Stadtteil.....

E-Mail

Telefon

Ihre Daten verwenden wir gemäß DSGVO ausschließlich zur internen Mitgliederverwaltung und zu dem Zweck, zu Versammlungen / Sitzungen einzuladen und vereinsinterne Informationen zu versenden.

Jährlicher Beitrag:

Einzelmitglieder 36,- € | Familien 45.- €

Juristische Personen 50.- €

Höhere (Förder-) Beiträge und Spenden sind möglich und infolge der Anerkennung der Gemeinnützigkeit des Vereins durch das FA Bruchsal auch steuerlich absetzbar.

Wir freuen uns über Ihre Unterstützung!

Datum / Unterschrif(en)

Bitte zurück:

**„Alte Stadt-Apotheke Museum & Kultur“
Hauptstr. 34 | 76703 Kraichtal-Gochsheim**