

Förderverein „Schwedisches Kulturerbe in Pommern“ e.V.



Geschäftsstelle: Brinkstraße 20, 17489 Greifswald

---

## Beitrittserklärung

Name und Vorname: \_\_\_\_\_  
Beruf / Titel: \_\_\_\_\_  
Geburtsort und Datum: \_\_\_\_\_  
Straße und Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_  
Mobiltelefon \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum

Förderverein „Schwedisches Kulturerbe in Pommern“ e.V.

zum \_\_\_\_\_  
(Datum)

Ort/Datum:

Unterschrift:

Ich bin damit einverstanden, dass der Jahresmitgliedsbeitrag in Höhe von \_\_\_\_\_ € (mindestens 20,00 €) von meinem Bankkonto abgebucht wird.

Konto – Nr. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_  
(genaue Bezeichnung des Kreditinstitutes)

Ort/Datum:

Unterschrift: