

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:
