

PARTNERSCHAFTSVEREIN DER STÄDTE KÖNIGSTEIN – KÖRNIK E.V.

Beitrittserklärung

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Geb.-Dat. _____ Beruf: _____

Tel: _____ eMail: _____

Weitere Familienmitglieder:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat. _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat. _____

Mitgliedsbeitrag: jährlich 20,00 Euro/Person, jedes weitere Familien-Mitglied 7,00 Euro.

Königstein, den _____ Unterschrift _____

Einzugsermächtigung: Ich bin damit einverstanden, daß der Jahresbeitrag jeweils am 2. Januar per SEPA-Basis-Lastschrift von meinem Konto abgebucht wird.

IBAN: _____ BIC: _____

Unterschrift _____