

Mitgliedsnummer:

(wird vergeben)

.....

Beitrittserklärung

(Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Berlin, den

Pflichtangabe

optional

Name:	_____	Telefon:	_____
Vorname:	_____	Mobil:	_____
Anschrift:	_____	Email:	_____
	_____	Geburtsdatum:	_____
	_____	Beruf:	_____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum **Fördererkreis des Museumsdorfes Düppel e.V.**

Ich verpflichte mich, jährlich einen Beitrag von € zu zahlen (Mindestbetrag 30,00 €).

Familienangehörige von Mitgliedern, Schüler, Studenten und Erwerbslose zahlen nur 15,00 €.

Der Jahresbeitrag ist jeweils bis zum 31.03. des laufenden Jahres zu entrichten.

Bei Beginn der Mitgliedschaft wird ein Jahresbeitrag fällig.

Die Mitgliedschaft kann zum Folgejahr schriftlich gekündigt werden.

Bei Änderung des Namens oder der Anschrift erbitten wir von Ihnen eine Mitteilung.

- Die Satzung und Benutzerordnung habe ich zur Kenntnis genommen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für Vereinszwecke gespeichert und genutzt, jedoch nicht an Dritte weitergegeben werden.
- Ich bin an einer Mitarbeit im Museumsdorf interessiert

Unterschrift

Unterschrift des Erziehungsberechtigten
bei Minderjährigen