

# Antrag auf Mitgliedschaft



Name	
Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postfach	
Postleitzahl, Ort	
Geburtsdatum	
Geschlecht	
E-Mail	
Handy-Nummer	
Festnetz	
Mitglied ab dem	
Zahlungsart <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> 60€ jährlich oder <input type="checkbox"/> 30€ halbjährlich <input type="checkbox"/> 5€ monatlich
Spende erfolgt per <i>(bitte ankreuzen)</i>	<input type="checkbox"/> PayPal oder <input type="checkbox"/> Banküberweisung
Nachricht	

Datum, Unterschrift