

Reichestr. 12
Tel.: 0 39 01 – 30 11 05

LANDSENIORENVEREIN
SALZWEDEL E.V.

29410 Salzwedel
Fax: 0 39 01 – 30 11 04

Handy-Nr.: 0151-280 152 56 (auch WhatsApp)
E-Mail: LS-salzwedel@gmx.net

Mitglied – Nr.: _____

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich meinen BEITRITT als Mitglied
beim Landseniorenverein Salzwedel e. V.!

Die Mitgliedschaft soll ab _____ beginnen!

NAME: _____ VORNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____

ORTSTEIL: _____

STRASSE: _____

PLZ / WOHNORT: _____

TELEFON FESTNETZ: _____

HANDY: _____

WHATSAPP NUTZUNG: JA NEIN

E-MAIL: _____

E MAIL KONTAKT: JA NEIN

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 36,-- € pro Jahr!

zuzüglich einer einmaligen Aufnahmegebühr in Höhe von 10,-- € (**für neue Mitglieder**)

*Der Beitrag ist spätestens **bis MÄRZ** eines Kalenderjahres
bzw. zur Jahreshauptversammlung fällig!*

Die Vereinssatzung wurde ausgehändigt oder wird verschickt und die Datenschutzverordnung,
laut Satzung des Vereins, habe ich zur Kenntnis genommen und wird hiermit akzeptiert!

Den Mitgliedsbeitrag möchte ich in „BAR“ zahlen

Den Mitgliedsbeitrag möchte ich überweisen

Landseniorenverein Salzwedel e. V.

IBAN: DE 76 8105 5555 3000 0112 41

BIC: NOLADE21SAW Sparkasse Altmark-West

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller

Die Aufnahme als Mitglied beim Landseniorenverein Salzwedel e. V.
wird hiermit, laut Vorstandsbeschluss vom _____ bestätigt!

.....
Ort, Datum

.....
Vorsitzender bzw. Stellvertreter