

PARTNERSCHAFTSVEREIN DER STÄDTE KÖNIGSTEIN – KÖRNİK 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 € pro Person, jedes weitere Familien-Mitglied 7,00 €.

Königstein, den _____ Unterschrift _____

Einzugsermächtigung:

Ich bin damit einverstanden, daß der Jahresbeitrag jeweils im Monat Januar von meinem

Konto _____ bei der _____

in _____, BLZ _____

abgebucht wird. Unterschrift _____