

Antrag auf Mitgliedschaft



Ich möchte Mitglied der WMF werden

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ 25704 Meldorf

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Mein Partner/meine Partnerin möchte beitragsfrei Mitglied werden.

Name: _____ Vorname: _____

Der Beitrag – z. Zeit 30,00 € pro Jahr – kann bis auf weiteres von meinem Konto abgebucht werden.

IBAN: _____ BIC: _____

Bank: _____

Meldorf, _____ Unterschrift: _____

Kontaktadressen:

Olaf Stemme	Zingelstr. 3	25704 Meldorf	04832-6009560
Thomas Krohn	Möwenweg 10	25704 Meldorf	04832-600803