

## Beitrittserklärung

An den  
Freundeskreis S.T.S. „KHERSONES“ e. V.  
Amtsstraße 3

D - 28865 Lilienthal

**Ja, ich möchte Mitglied im Freundeskreis S.T.S. „KHERSONES“ e. V. werden. Der Jahresbeitrag beträgt € 45,- für Erwachsene, € 80,- für Familien und € 20,- für Jugendliche.**

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Straße / Haus - Nr.:</b>	
<b>PLZ / Wohnort:</b>	
<b>Telefon - Nr.:</b>	<b>Fax :</b>
<b>E-Mail - Adresse:</b>	
<b>Beruf:</b>	

\_\_\_\_\_  
**Datum**

(Bei Personen, unter 18 Jahren ist / sind die Unterschrift / en der / des Erziehungsberechtigten erforderlich)

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Mitgliedes**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

(Bitte entsprechendes Feld ankreuzen)

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten**

---

## Lastschriftinzugsermächtigung

**Hiermit ermächtige ich den Vorstand des Freundeskreis S.T.S. „KHERSONES“ e. V., den Jahresbeitrag bis auf Widerruf von meinem unten angegebenen Konto abzubuchen.**

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Konto - Nr.:</b>	<b>Bankleitzahl:</b>
<b>Name u. Sitz der Bank:</b>	
<b>Kontoinhaber / in (Name/Vorname):</b>	

\_\_\_\_\_  
**Ort / Datum**

(Bei Personen, unter 18 Jahren ist / sind die Unterschrift / en der / des Erziehungsberechtigten erforderlich)

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Mitgliedes / Kontoinhabers**

\_\_\_\_\_  
**Ort / Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten**