

Ja, Ich will Mitglied von Deepwave e.V. werden.

Herr/Frau/Familie (unzutreffendes bitte Streichen)

Name: _____ *

Vorname: _____ *

Strasse,Nr.: _____ * _____ *

oder:
Postfach: _____ (*)

Wohnort, PLZ: _____ * _____ *

Land: _____ *

Telefon: _____

Telefax: _____

Mobil: _____

Email: _____

Mein Mitgliedsbeitrag : *€ pro Jahr

Datum: _____ Unterschrift: _____
* *

Ich ermächtige DEEPWAVE e. V. die genannten Beiträge jährlich von meinem Konto abzubuchen.

Meine Bank: _____ *

KontoNr. : _____ *

Bankleitzahl: _____ *

Datum: _____ Unterschrift: _____
* *

Bitte füllen sie alle mit * gekennzeichneten Felder aus.