



## Antrag auf Mitgliedschaft

Ich möchte Mitglied des Storchpflegehof Papendorf e.V. werden.  
 Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Vereinssatzung und Beitragsordnung an.

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Straße und Hausnummer:
PLZ und Ort:

Telefon privat:
Handy:
E-Mail:
Fax:

Mitgliedschaft ab:
--------------------

Spendenquittung:            Ja                             Nein  (Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Jährlicher Mitgliedsbeitrag:**  30,- € aktives Mitglied     50,- € förderndes Mitglied

**Juristische Personen und Unternehmen:** 100,- € Mindestbeitrag

**Jugendliche unter 18 Jahren ohne eigenes Einkommen:** ermäßigt 15,- €

*Zusätzliche monatliche Spende: \_\_\_\_\_ € (freiwillig)*

---

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------

**Bitte den entsprechenden Betrag innerhalb von 4 Wochen nach Antragsannahme auf unten genanntes Konto überweisen.**

---

<b>Anschrift:</b> Chausseestr. 25 17309 Papendorf Tel. 03973/22 90 77	<b>1. Vorsitzender:</b> Jens Krüger	<b>Bankverbindung:</b> Sparkasse Uecker-Randow IBAN: DE20 1505 0400 3110 0228 84 BIC: NOLADE21PSW	<b>Steuer-Nr.</b> 074/141/04139 K02/1
--	--	--	--