

Hiermit erkläre ich meinen **Beitritt**
in den Förderverein **zum unten angegebenen Datum:**

VR 6071 FF Amtsgericht Frankfurt (Oder)

Name / Vorname

Geb.-Datum

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort

Telefon

Mail

Berufstätigkeit

Arbeitsfeld

Institution

Die Aufnahme erfolgt durch den Vorstand des Fördervereins.
Mit der vereinsinternen EDV-Erfassung meiner Daten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen bin ich einverstanden. Ich verpflichte mich zur Zahlung des Jahresbeitrags für

Privatpersonen

150,00 € (Mindestbetrag)

oder _____ € (anderer Betrag)

Studierende ermäßigt

50,00 € (Mindestbetrag)

oder _____ € (anderer Betrag)

Institutionen / juristische Personen

300,00 € (Mindestbetrag)

oder _____ € (anderer Betrag)

auf das Konto bei der Volks- und Raiffeisenbank Fürstenwalde Seelow Wriezen eG
Förderverein des Internationalen Archivs für Heilpädagogik e.V.
IBAN: DE31 1709 2404 0007 0220 00 / BIC: GENODEF1FW1

Ort / Datum

Unterschrift

Bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben an die oben genannte Adresse zurücksenden.