

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname:  | Vorname:  |
| Geburtsdatum:  |  |
| Straße:  | Hausnummer:  |
| PLZ:  | Ort:  |
| Telefon:  |  |
| E-Mail:  |  |

Jahresmitgliedsbeitrag: 20 € pro Jahr

**Bei Einverständnis ankreuzen:**

Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung personenbezogener Daten einverstanden.

Ich bin mit der Veröffentlichung von Bildern auf der Webseite und in Social Media einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_