

|  |  |
| --- | --- |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_