CORNELIA FUNKE

Baum Haus

DORSTEN

Beitrittserklärung

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich bin damit einverstanden,
dass der jährliche Mitgliedsbeitrag von meinem u.a. Konto abgebucht wird.

Kto-Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | |

bei der _____

BLZ: | | | | | | | | | | | | | | | | |

Datum, Unterschrift _____