



MITGLIEDSFORMULAR

NAME:

VORNAME:

ORT:

GEBURTSDATUM:

TELEFONNUMMER:

E-Mail:

Jahresgebühr 20€ einzuzahlen (auf unten stehendes Konto) am Jahresanfang,
bis spätestens Ende Februar!

Um Mitglied zu werden, bitten wir das ausgefüllte Formular an die unten
angeführte E-Mail Adresse zu schicken.

Graz, am _____

Unterschrift