

**Antrag auf Mitgliedschaft
im
Arznei- und Gewürzpflanzengarten Spreewald e. V.**

Nach Maßgabe der Satzung beantrage(n) ich (wir) die Mitgliedschaft

Als Einzelperson

Als Firma/Verein

Name, Vorname

Firma/Verein

Geburtsdatum

Anschrift

.....

Ich (Wir) bin (sind) mit dem Einzug meines (unseres) Mitgliedsbeitrages im Weg des SEPA-Bankeinzugsverfahrens einverstanden.
Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

IBAN

BIC

Bankinstitut

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift