

Anmeldeformular

Mitgliedschaft Dall	dorfer Zwerge e.V		
Die Mitgleidschaft in	n Dalldorfer Zwerge e.V. beträgt 1	0,- € jährlich.	
Hiermit trete ich den	n Verein Dalldorfer Zwerge e.V. be	ei.	
Vorname:		PLZ / Ort:	
Nachname:		Telefon:	
Straße / Hausnr.:		E-Mail:	
Ort / Datum		Unterschrift Vereinsmitglied	
SEPA – Lastschrift	mandat		
	Dalldorfer Zwerge e. V., Zahlunge h mein Kreditinstitut an, die gezo		
Gläubiger-Identifikat	ionsnummer: <u>DE42 ZZZ0 0002 1</u> 1	84 69	
Die Mandatsreferen:	z wird vom Verein ausgefüllt.		
Vorname:		Name der Bank:	
Nachname:		IBAN:	
Straße / Hausnr.:		BIC:	
Ort / Datum		Unterschrift Vereinsmitglied	