



HPV Deutschland e.V.
Wolfgang Wiese
Christernstraße 105
28309 Bremen
Deutschland

Anmeldeformular für eine Mitgliedschaft im HPV Deutschland e.V.

Bitte gut leserlich in Druckschrift ausfüllen und dann einsenden oder einscannen: mitglied@hvp.org

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ + Ort: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Geburtsdatum (freiwillig): _____

Mein Mitgliedsbeitrag (bitte zutreffendes ankreuzen):

- 25 € für **Schüler, Studenten, Erwerbslose** (bitte jährlich nachweisen)
- 40 € für Mitglieder **mit Einkommen**
- 60€ für **Familien** (bitte alle Familienmitglieder rückseitig angeben)
- 65 € für **juristische Personen**
- Ich bin einverstanden, dass der HPV den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto abbucht.
Meine Bankverbindung lautet:

IBAN: _____ BIC: _____

Bank: _____

- Ich zahle per Überweisung/Dauerauftrag auf das Konto: Volksbank Dortmund NW
IBAN: DE70 4406 0122 4100 7903 00 BIC: GENODEM 1SDNW

Die Vereinszeitschrift **InfoBull** möchte ich in gedruckter Form und/oder nur als PDF

Datum: _____

Unterschrift (Mitglied / Berechtigter): _____

Kündigungsmöglichkeit jeweils zum Halbjahresende.