



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

Anmeldeformular für eine Mitgliedschaft im HPV Deutschland e.V.

Bitte ausfüllen und per Mail an: mitglied@hpv.org

Name, Vorname*:			
Straße, HausNr.*:			
PLZ, Ort*:			
E-Mail*:			
Telefon:		Geburtstag:	

- ☐ 25 € für **Schüler, Studenten, Erwerbslose** (bitte jährlich nachweisen)
- ☐ 40 € für Mitglieder mit **Einkommen**
- ☐ 60 € für **Familien** (bitte alle Familienmitglieder angeben)
- ☐ 85 € für **juristische** Personen
- ☐ Fördermitgliedschaft (mind. 250 €), Betrag: €

Familienmitglieder: (Ehe-)Partner und eigene Kinder bis 21 Jahre

Name:		Geburtsjahr:	
		(bei Kindern)	

- ☐ Ich bin einverstanden, dass der HPV den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto **abbucht**.
Meine Bankverbindung lautet:

Bank:			
IBAN:		BIC:	

- ☐ Ich zahle per Überweisung. Kunde: HPV Deutschland e.V., Bank: Dortmunder Volksbank
IBAN: DE22 4416 0014 4100 7903 00 **BIC:** GENODEM1DOR

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

Datum:

Unterschrift (Mitglied / Berechtigter): _____
Kündigungsmöglichkeit jeweils zum Halbjahresende.