



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:	<input type="text"/>	Geburtsjahr:	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	(bei Kindern)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

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

Bank:

IBAN: BIC:

- 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.