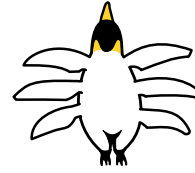


Antrag auf Mitgliedschaft

im Abteilung-für-Redundanz-Abteilung e.V.



Ich möchte Mitglied Fördermitglied im Abteilung-für-Redundanz-Abteilung e.V. werden.

Die Satzung und Beitragsordnung habe ich gelesen und erkenne sie an.

Name, Vorname* _____
Straße, Hausnummer* _____
PLZ, Ort* _____
Geburtsdatum*† _____
E-Mail-Adresse* _____
gewünschter Nickname* _____
Telefonnummer _____
GPG-Key-ID _____
Jabber-ID _____

Meinen monatlichen Mitgliedsbeitrag von 20€ 15€ (ermäßigt) 5€ (Förderbeitrag)
 _____ zahle ich per Dauerauftrag bar. Bei Änderungen werde ich den Kassenswart
zuvor in Kenntnis setzen.

Ort, Datum*

Unterschrift*

*Pflichtfeld

†Du musst mindestens 18 Jahre alt sein.

Abteilung-für-Redundanz-Abteilung e.V.
Margaretenstraße 30
10317 Berlin
<https://afra-berlin.de>

Bankverbindung:
IBAN: DE73430609671125506800
BIC: GENODEM1GLS
GLS Bank