

Arheilger Geschichtsverein e.V.



An den
Arheilger Geschichtsverein e.V.
c/o Beate Kaiser
Eckhardwiesenstr. 9

64289 Darmstadt

Aufnahmeantrag

Name, Vorname _____

Strasse, Nr. _____

Postleitzahl, Ort _____

Geburtsdatum _____

Eintrittsjahr _____

Telefon _____

email-Adresse _____

Mobil-Telefon _____

Jahresbeitrag €

(mind. € 12,-)

freiwillige Spende €

Gesamtbetrag €

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, daß ich die Satzung des Arheilger
Geschichtsverein e.V. zur Kenntnis genommen habe und damit einver-
standen bin.

Ort, Datum

Unterschrift