

# Arheilger Geschichtsverein e.V.



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

64289 Darmstadt

## Aufnahmeantrag

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Strasse, No. \_\_\_\_\_

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 einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift