

Bitte drucken Sie dieses Formular aus und senden es ausgefüllt per Post an:
Freundeskreis des Museumspädagogischen Zentrums e.V.
Infanteriestraße 1
80797 München
oder per Fax an: 089 / 9541152-18

Antrag auf Mitgliedschaft im Freundeskreis des MPZ e.V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Freundeskreis des Museumspädagogischen Zentrums e.V.

Anrede	<input type="text"/>
Vorname, Name	<input type="text"/>
Firma, Institution	<input type="text"/>
Strasse, Nr.	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>

Art der Mitgliedschaft

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft (20 €/Jahr) | <input type="checkbox"/> Familienmitgliedschaft (30 €/Jahr) |
| <input type="checkbox"/> Institutions-Mitgliedschaft (50 €/Jahr) | <input type="checkbox"/> Fördermitgliedschaft (ab 100 €/Jahr)
mein/unsere Beitrag/Jahr: _____ € |

Zahlungsart

- Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Freundeskreis des Museumspädagogischen Zentrums e.V. den jährlichen Mitgliedsbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber

IBAN BIC

- Ich überweise den Betrag jährlich zum 01. März an:
Freundeskreis des Museumspädagogischen Zentrums (MPZ) e.V.
Stadtparkasse München, Kontonummer: 1001133501, BLZ: 701 500 00

Datenschutz, Vereinssatzung

- Ich habe die Vereinssatzung gelesen und akzeptiere diese.

Ort, Datum, Unterschrift

Stempel