

BEITRITTSERKLÄRUNG



CHP BUND BREMEN e.V.

☐ FRAU ☐ HERR

VORNAME : _____

NACHNAME : _____

GEBURTSDATUM: __ . __ . ____ (TT.MM.JJJJ)

STAATSBÜRGERSCHAFT (bitte ankreuzen)

☐ DEUTSCH ☐ EU-BÜRGER/IN ☐ NICHT EU-BÜRGER/IN

STRASSE UND HAUSNR: _____

PLZ/ ORT : _____

e-MAIL : _____

BERUF : _____

BESCHÄFTIGT BEI : _____

Ich beantrage die Aufnahme in den CHP Bund Bremen e. V.

ORT, DATUM UND UNTERSCHRIFT



Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut.

VORNAME

[illegible][illegible][illegible]

*)bitte Nichtzutreffendes durchstreichen.

SEITE 2