Drucken | Formular zurücksetzen

Antrag Beitragsrückerstattung

Dieses Formular kann am Computer ausgefüllt werden

Antrag auf (anteilige) Erstattung des Mitgliedsbeitrags für das Kalenderjahr

Name des Mitglieds: _____
Straße/Hausnummer: _____
Postleitzahl/Ort: _____

Tel-Nr.: _____
Bankname: _____
IBAN: _____
BIC: _____
Kontoinhaber: _____

Hier bitte geleistete Arbeitseinheiten zur Beitragsreduzierung eintragen:

Datum	Tätigkeit	Anzahl AE

_____
Ort, Datum, Unterschrift Mitglied

geprüft und bestätigt:

_____
Ort, Datum, Vereinsverantwortlicher