

**Antrag auf Mitgliedschaft**  
Museumsverein Klockenhagen e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Museumsverein Klockenhagen e.V.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich erkenne die jeweilige Satzung des Museumsvereins Klockenhagen e.V. an und verpflichte mich zur Zahlung des jeweils geltenden jährlichen Mitgliedsbeitrages. Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von **30,00 €** ist jeweils im Januar fällig und auf folgendes Konto des Museumsvereins Klockenhagen e.V. zu überweisen:

IBAN: DE41 1505 0500 0530 0148 07  
BIC: NOLADE21GRW  
Kreditinstitut: Sparkasse Vorpommern  
Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag Museumsverein

Über den Antrag auf Mitgliedschaft wird vom Vereinsvorstand beraten, die Entscheidung wird schriftlich mitgeteilt.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Antragsteller