

Beitrittserklärung
zur
Tauschring-Initiative für Karlstadt

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon, Fax

E-Mail:

Ich nehme an der Tauschring-Initiative für Karlstadt teil. Die Teilnahmebedingungen sind mir bekannt. Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben auf Computer gespeichert und im Rahmen der Tauschring-Initiative den anderen Teilnehmer/Innen zugänglich gemacht werden.

Den Jahresbeitrag begleiche ich bar oder durch Überweisung.

Ort, Datum:

Unterschrift: