

Schützenverein „Alpenrose“

Ilmendorf e. V.

Martin Wein

Birkenstraße 10

Tel: 08457/930 917

85290 Ilmendorf



Beitrittserklärung

Name :

Vorname :

Geb.-Datum :

Straße :

Wohnort :

Telefon :

Bankverbindung:

Kreditinstitut :

Bankleitzahl :

Kontonummer :

Kontoinhaber :

Gaumitgliedschaft:

Ich bin bereits 1. Mitglied bei folgendem Verein: _____

Ich möchte 1. Mitglied beim Schützenverein Alpenrose Ilmendorf e. V. werden _____

Ort, Datum

Unterschrift

Erziehungsberechtigte/ter