

N A M E: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort: (_____) _____
Postleitzahl

Tel: (_____) _____ Fax: _____
Vorwahl

E-Mail: _____

Aufnahme - Antrag

Ich/Wir beantrage/n hiermit meine/unsere Mitgliedschaft im

**Verein zur Förderung
des Schulbiologiezentrums Hannover e.V.**

Vinnhorster Weg 2
30419 Hannover
Tel.: (0511) 168-44267 oder -47665
Fax: (0511) 168-47352

Ich/Wir trete/n ein ab _____ als:

<input type="checkbox"/>	Einzelperson	Jahresbeitrag	EUR 26,--
<input type="checkbox"/>	Schüler/in / Student/in	Jahresbeitrag	EUR 10,--
<input type="checkbox"/>	Institution	Jahresbeitrag	EUR 70,--

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Den Mitgliedsbeitrag überweise/n ich/wir auf das Konto des Vereins:

**Konto-Nr.: 546 267 - (BLZ) 250 501 80
Stadtsparkasse Hannover**

Einzugsermächtigung

- Der Mitgliedsbeitrag kann von meinem/ unserem Konto durch die Stadtsparkasse Hannover eingezogen werden.
- Als zusätzliche Spende zur Förderung des Schulbiologiezentrums können Sie EUR _____ einziehen.
- Ich/Wir benötige/n eine Spendenbescheinigung.

Konto-Nr.: _____ **(BLZ)** _____

Kreditinstitut: _____

..... /

O r t

Datum

.....

(Unterschrift)