



**Aufnahmeantrag**

Ich erkläre  ab sofort /  mit Wirkung vom \_\_\_\_\_

dem Freundeskreis Botanischer Garten Wilhelmshaven e. V. als Mitglied beitreten zu wollen.

---

Name, Vorname, Geburtsdatum, Beruf

---

Anschrift

---

Telefonnummer, Emailadresse

Ich möchte den Beitritt als

- Einzelmitglied (Beitrag 24 € / Jahr)       Familie \*/ Institution / Firma (Beitrag 40 € / Jahr)       Einzelmitglied als Schüler/in, Student/in, Auszubildende/r (12 € / Jahr) (bitte Bescheinigung beifügen)

\* Folgende in meinem Haushalt lebende Angehörige sollen dabei ebenfalls Mitglied sein:

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

Ort, Datum, Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass mir die Vereinspost nur per Email an die oben genannte Adresse geschickt wird.

---

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte erteilen Sie uns eine Einzugsermächtigung für die Zahlung des Mitgliedsbeitrags. Wenn Sie damit einverstanden sind, füllen Sie bitte auch die Rückseite des Aufnahmeantrags aus.