

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT in der Stölzel-Gesellschaft e.V. Gotha
APPLICATION FOR MEMBERSHIP in the Stoelzel Society Gotha

Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft/I would like to join as a member:

(Vorname, Familienname/first name, last name) _____

(Straße und Hausnummer/street address) _____

(Postleitzahl und Wohnort/town, postal code) _____

(Land/country) _____

(E-Mail & Telefon/email & phone number) _____

Ich bin einverstanden, meine E-Mail-Adresse allen Mitgliedern zugänglich zu machen: ()

I agree to make my email address accessible to all members: ()

Mitgliedsbeitrag /annual membership fee: (bitte ankreuzen /please check off)

- | | |
|--|------|
| () Einzelmitgliedschaft/individual membership | 40 € |
| () Ermäßigte Einzelmitgliedschaft/discounted individual membership
(Minderjährige; Studierende/minors; students) | 10 € |
| () Familienmitgliedschaft/family membership | 60 € |
| () Institution/institutional membership | 80 € |

Der Mitgliedsbeitrag ist bei Eintritt zu entrichten und dann jährlich zum 15. März auf das Vereinskonto der StoeG/to be paid upon entry and annually to the Stoelzel Society by 15 March:

Kreissparkasse Gotha

IBAN: **DE18 8205 2020 0300 1109 95** BIC: **HELADEF1GTH**

Verwendungszweck/Purpose of use „Mitgliedsbeitrag StoeG“ und Name/and your name

Ort, Datum und Unterschrift/location, date and signature

Bitte das PDF unterzeichnen und als Email zurücksenden an/please sign this PDF and attach it to an email sent to mrpfau@stoelzel-gesellschaft.de

(Nicht ausfüllen/do not fill in):

Mitglieds Nr./membership no.