

Junior bis 30 Jahre >> **24 Euro**

Freunde >> **75 Euro**

Freunde mit Doppelkarte >> **100 Euro**

Familien >> **120 Euro**

Förderer >> **250 Euro**

Firmen >> **500 Euro**



Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, meinen Jahresbeitrag in Höhe von Euro _____ bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos einzuziehen.

Name

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ich werde den Jahresbeitrag auf das Konto des Freundeskreises des Deutschen Hygiene-Museums überwiesen.

Name, Vorname

Name, Vorname (Freunde mit Doppelkarte)

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

E-Mail

Telefon/Fax

Geburtstag

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Im Rahmen meiner Mitgliedschaft werde ich regelmäßig per Post und E-Mail über die Veranstaltungen des Museums und des Freundeskreises informiert. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zu diesem Zweck gespeichert werden; Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.