

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.