



# MITGLIEDSANTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei der  
AFW

ab: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tel.Nr. geschäftlich: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Einzugsermächtigung:

Der Jahresbeitrag in Höhe von € 16,- kann von folgendem Konto  
abgebucht werden:

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_ Konto Nr.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_