



Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Verein COPAL e.V.

- Einzelmitglied Jahresbeitrag 24- €
- Schüler/Studenten Jahresbeitrag 12- €
- Familie Jahresbeitrag 36,- €

Name: _____

Vorname/n: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Ich erteile hiermit auf Widerruf Einzugsermächtigung für den Mitgliedsbeitrag

Konto: _____

BLZ: _____

IBAN _____

BIC/Institut _____

Bank: _____

Ort, Datum

Unterschrift