



SEKTION GRAZ St. G. V., A-8010 Graz, Sackstraße 16

Tel.: 0316 82 22 66, Fax: 0316 81 24 74

E-Mail: sektion.graz@oeav.at

<http://www.alpenverein.at/graz>



BEITRITTSFORMULAR

Ich möchte Mitglied im Österreichischen Alpenverein, SEKTION GRAZ, werden.

Titel

m	w	

Partner 1 Vorname

Nachname

Geburtstag

Titel

m	w	

Partner 2 Vorname

Nachname

Geburtstag

m	w	
---	---	--

Kind 1 Vorname

Nachname

Geburtstag

m	w	
---	---	--

Kind 2 Vorname

Nachname

Geburtstag

m	w	
---	---	--

Kind 3 Vorname

Nachname

Geburtstag

--	--	--

PLZ

Ort

Nat.

--	--

Straße

Hausnummer

--	--

Telefon

Email

Ja, ich möchte, dass der Mitgliedsbeitrag von folgendem Konto abgebucht wird:

--	--

IBAN

Kontoinhaber

Durch meine Unterschrift verpflichte ich mich ausdrücklich, im Falle meines Austrittes den Mitgliedsbeitrag für das laufende Jahr zu entrichten (lt. § 8 der Satzungen). Kündigungsfrist ist immer der 30. September für das Folgejahr. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.

Datum

Unterschrift

In der Geschäftsstelle: Beitrag € _____ bezahlt am _____ .

Mitgliednummer: _____