



Förderverein Deutsches Schiffahrtsmuseum e.V. Antrag auf Mitgliedschaft

Personendaten

Vorname*

Nachname*

Strasse und Hausnummer*

Postleitzahl*

Ort*

Telefonnummer

E-Mail*

Mitgliedschaftsart (Die Gebühr versteht sich als Jahresbeitrag.)

- | | | |
|---|-------|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelperson | 35 € | |
| <input type="checkbox"/> Ehepaar | 50 € | |
| <input type="checkbox"/> Familie | 70 € | |
| <input type="checkbox"/> Ermäßigt | 20 € | Rentner*in Schüler*in studierend schwerbehindert erwerbslos |
| <input type="checkbox"/> Rentnerehepaar | 40 € | |
| <input type="checkbox"/> Juristische Person | 200 € | (Beitrag wird selbstbestimmt - Mindestbetrag 200 Euro.) |

Anmerkungen

- Ich habe noch Beratungsbedarf und bitte um Kontaktaufnahme
- Ich habe die [Datenschutzbestimmungen zur Kenntnis genommen](#)*

Bremerhaven, den

Unterschrift Antragsteller*in

*Pflichtfelder sind mit * gekennzeichnet*