



Sozialistische Jugend Deutschlands – Die Falken

Ortsverband Hof

SJD – Die Falken
Ortsverband Hof
Postfach 3505
95001 Hof

_____ , _____
Ort

_____ Datum

Beitrittserklärung

Ich möchte

Mitglied
Förderer

ab _____ /20 _____ (Monat / Jahr)
der SJD – Die Falken, OV Hof, werden.

Name

Vorname

Geschlecht

weiblich

männlich

Geburtsdatum

Straße

PLZ / Ort

Ich bin

Schülerin/Schüler

Student/Studentin

Wehr-/Zivildienstleistender

Auszubildende/Auszubildender

bis

_____ (Monat/Jahr)

Arbeiter/Arbeiterin

Angestellte/Angestellter

Beamter/Beamtin

teilzeitbeschäftigt

Derzeitig ausgeübte Beschäftigung:

Bankeinzug:

Ich stimme zu, dass die SJD - Die Falken, OV Hof, meinen Beitrag bis zu meinen schriftlichen Widerruf, von meinem Konto abbuchen.

Kontonummer

Bankleitzahl

Bank

_____ Ort

_____ Datum

Unterschrift

Bei Minderjährigen: Unterschrift des/ der Erziehungsberechtigten