



Mitgliedsnummer:

Speichern

Drucken

Senden

Anmeldeformular zur Mitgliedschaft bei FLOCITY.

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse: PLZ: Ort:

Straße:

Tel. Nr.:

Mail: (Groß-Kleinschreibung beachten!)

.....@

.....@

Ich erkläre mich mit den Flocity – Bedingungen sowie der Zusendung von Mails einverstanden:

.....

.....

Eintrittsdatum

Unterschrift

Mitgliedsbeitrag beträgt pro Monat 3.- €. Es entstehen mir keine weiteren Kosten außer anfallende Eintritte usw.

Mir sind die Statuten zur Kenntnis gebracht worden. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ich erkläre mich damit einverstanden Mails von Flocity zu erhalten.

Eine eventuelle Kündigung oder Stilllegung werde ich schriftlich bekannt geben.