

## MITGLIEDSCHAFTSANTRAG

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Heimadresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im gemeinnützigen Verein Heupferd-Erlebnisgarten. Ich habe die Satzung gelesen und verstanden und bin damit einverstanden, einen Mindestbetrag von 36 Euro im Jahr auf das unten aufgeführte Konto zu überweisen, bzw. mindestens 12 Stunden im Jahr bei Vereinsarbeiten mitzuhelfen.

Ort, Datum

unterschrift

Heupferd-Erlebnisgarten e.V.  
Weinreb 23 \* 65191 Wiesbaden  
[www.heupferd-erlebnisgarten.de](http://www.heupferd-erlebnisgarten.de)  
[kontakt@heupferd-erlebnisgarten.de](mailto:kontakt@heupferd-erlebnisgarten.de)

Geschäftsstelle  
Schellingstraße 5  
65191 Wiesbaden  
Tel.: 0611 - 609 11 21

VR 6342 Amtsgericht Wiesbaden  
Stnr.: 4025058510-XII/3  
Nassauische Sparkasse  
Blz 51050015 Ktnr.: 120107529