

**Hiermit erkläre ich
meinen/ erklären wir
unseren Beitritt
zur**



Bitte kreuzen Sie die zutreffende Beitragsgruppe an:

| | | | |
|---------------------------------|---------------|---------|-----------------------|
| Einzelmitglied | Jahresbeitrag | 30,00 € | <input type="radio"/> |
| mit Bezug der Jahrbücher | Jahresbeitrag | 40,00 € | <input type="radio"/> |
| Schüler, Studenten, Arbeitslose | Jahresbeitrag | 15,00 € | <input type="radio"/> |
| mit Bezug der Jahrbücher | Jahresbeitrag | 25,00 € | <input type="radio"/> |
| Institutionen | Jahresbeitrag | 75,00 € | <input type="radio"/> |

Vorname / Name

Straße / Postleitzahl / Ort

E-Mail-Adresse

Datum / Unterschrift

Hiermit ermächtige ich / ermächtigen wir die WHG widerruflich, die zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Kreditinstitut

IBAN