

APPLICATION ANTRAG FÜR MITGLIEDSCHAFT IN DER IPSTA



HERR/ Frau **Name**
Mr/ Ms
Lastname

Vorname
Firstname

Geboren
Birthday

Geburtsort
Birthplace

Postleitzahl
Zipcode

Stadt
City

Land
Country

Straße
Street

Nr.
No.

Telefon
Phone No.

Fax:

E-Mail :

Homepage : Http://

Beruf:

Waffenbesitzkarte** **Waffenschein****

Die Kopien der Nachweise über Ausbildung bzw. Berufsausübung
 werden zugesandt liegen bei

Ich, der oben genannte, möchte hiermit meinen Beitritt beantragen.
Ich habe die Satzungen gelesen und bin damit einverstanden.

Mit der Veröffentlichung meiner Person im Zusammenhang mit der **IPSTA**:
 bin ich einverstanden bin ich nicht einverstanden.

Den Jahresmitgliedsbeitrag in Höhe von € ,--

habe ich überwiesen lege ich bei
 bitte ich von meinem Konto abzubuchen, eine Einzugsermächtigung lege ich bei

Die Beiträge sind jährlich, spätestens bis zum 15. Dezember unter dem Verwendungszweck „Verband IPSTA“ auf das Konto der **IPSTA** zu entrichten.

Ort Datum Unterschrift Stempel

** Angaben freiwillig

IPSTA e.V.
Große Weinmeisterstr. 55
D-14469 Potsdam
Fax : +49(0)331 – 240 788

Bankverbindung :
Mittelbrandenburgische Sparkasse,
Kontoinhaber : Undine Kania
Bank : 160 500 00
BLZ : 160 500 00
Kontonr : 450 803 2210
Verwendungszweck : Verband IPSTA

Internet : <http://www.ipsta.eu>
E-Mail : buero@ipsta.eu