

Geschäftsstelle der
IVBV
Bergstraße 10
D – 65558 Flacht

Aufnahmeantrag

Hiermit ersuche ich um Aufnahme in die
INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR BINOKULARE VOLLKORREKTION (IVBV)
und verpflichte mich zur Beachtung der Statuten sowie zur Entrichtung des jährlichen Beitrags.

Bitte in Blockschrift ausfüllen:

Name: _____ Vorname: _____
Titel: _____ Beruf: _____ Geburtsdatum: _____

Privatadresse	Straße: _____ Tel. P: _____
	Land: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Fax P: _____

Geschäftsadresse	Firma: _____
	Straße: _____ Tel. G: _____
	Land: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Fax G: _____

E-Mail-Adresse: _____ privat
 geschäftlich

Korrespondenz bitte an Privatadresse Geschäftsadresse

Ich wende die MKH noch nicht an seit ungefähr ____ Jahren an

Beitragskategorie selbstständig angestellt

Datum: _____

Unterschrift: _____