

Eintritt in örtliche Gliederung



Hiermit wird die Aufnahme des u.a. Mitglieds angezeigt

Eintrittsdatum: _____

Telefon: _____

Name: _____

E-Mail: _____

Vorname: _____

Geboren am: _____

Dienstgrad: _____

Geburtsort: _____

Straße/Nr.: _____

Beruf / Titel: _____

PLZ/Ort: _____

Ich bin bereits Mitglied im Deutschen Marinebund e.V.

Ja Nein

Wenn ja, bis: wo:
von:

Das Mitglied ist mit der Speicherung seiner Daten zum Zweck seiner Mitgliedschaft einverstanden.

Unterschrift _____

Wird vom Deutschen Marinebund e.V. ausgefüllt.

Mitgliedsausweis ausgestellt am: _____

Mitgliedsnummer: _____