

## 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,  
von:                      bis:                      wo:

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: \_\_\_\_\_