

Aufnahmeantrag für die Mitgliedschaft im Landesverband

Ich möchte als natürliche Person Mitglied im Landesverband werden.

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon, E-Mail-Adresse:

Liegt bei Ihnen/ einem Familienmitglied eine anerkannte Behinderung vor oder sind Sie/ ein Familienmitglied von einer Behinderung bedroht? (freiwillige Angabe)

ja nein

Wenn ja, welcher Art? (freiwillige Angabe)

Geburtsdatum:

Mein Mitgliedsbeitrag beträgt monatlich _____ Euro. **ODER**

Meine Mitgliedsleistung erbringe ich in Form von:

Ich zahle den Mitgliedsbeitrag per Überweisung **oder** bar

halbjährlich (bis 31.03. und bis 30.09.) **oder** jährlich (bis 30.09.).

Nicht zutreffendes bitte streichen!

Datum:

rechtsverbindliche Unterschrift: