

Komitee der Marktedwitzer Partnerstädte

BEITRITTSERKLÄRUNG

**Ich erkläre hiermit meinen Beitritt zum Komitee der
Marktedwitzer Partnerstädte
und erkläre mich mit den Satzungsbedingungen einverstanden.**

Name, Vorname (Vereinsname + Vorstand) :

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

E – Mail*: _____

Telefon*: _____

Geburtsdatum: _____

Ort, Datum, Unterschrift

*** Angaben freiwillig**

Ich ermächtige das Komitee zum Einzug des Jahresbeitrags vom

Konto _____

Bei (Kreditinstitut + BLZ)

Ort, Datum, Unterschrift

Ich beantrage die Mitgliedschaft als

Verein (60 € p.a.)

Einzelmitglied (20 € p.a.)

Familie (30 € p.a.)

Schüler/ Student (8 € p.a.)