



Mitgliedsantrag

Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft im Verein zur Förderung der Städtepartnerschaft Leipzig – Travnik e.V.

- Ich bin Einzelmitglied und zahle im Jahr 70.- €.
- Ich bin ein zweites Familienmitglied, ich zahle im Jahr 35.- €.
- Ich bin ein drittes Familienmitglied, ich zahle im Jahr 17.- €.
- Ermäßigter Beitrag (Schüler, Student, Arbeitslos), ich zahle im Jahr 35.- €.
- Wir sind eine juristische Person und zahlen im Jahr 500.- €.
- Ich bin Inhaber des Leipzig-Passes und freigestellt vom Beitrag.

Name, Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon/Fax/Mail:

Geburtsdatum:

Beruf:

Datum, Unterschrift:

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf den Verein zur Förderung der Städtepartnerschaft Leipzig - Travnik e.V., den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto einzuziehen.

Kontonummer

BLZ

2. Unterschrift

Datum

Bitte ausfüllen, ausdrucken
und im Fensterumschlag
an uns zurückschicken!