



Antrag auf Mitgliedschaft,

als ordentliches Mitglied im Netzwerk Landkreis Leipzig Inklusiv e.V.

Ich/ Wir beantrage/n hiermit die Mitgliedschaft im Netzwerk Landkreis Leipzig Inklusiv e.V.

Antragsteller:in

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____

Ich zahle den vollen Jahresbeitrag für eine Person. (36,00 Euro)

Wir beantragen den Familien-/ Haushaltbeitrag für:

2 Personen (54,00 Euro/Jahr)

3 Personen (60,00 Euro/Jahr)

4 Personen (75,00 Euro/Jahr)

Wir beantragen den Vereins-/ Organisationsbeitrag (75,00 Euro/ Jahr)

Ich/ Wir zahle/n den Jahresbetrag per Überweisung (Zahlung bis 1.April des laufenden Jahres)

Ort, Datum

Unterschrift