

# LANDSENIORENVEREIN

Salzwedel e. V.

Reichestr. 12 29410 Hansestadt SALZWEDEL  
Tel.: 0 39 01 / 30 11 05 Fax: 0 39 01 / 30 11 04  
Handy-Nr.: 0151-28015256 E-Mail: LS-salzwedel@gmx.net

Mitglied – Nr.: \_\_\_\_\_

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich meinen BEITRITT als Mitglied  
beim Landseniorenverein Salzwedel e. V.!

Die Mitgliedschaft soll ab \_\_\_\_\_ beginnen

NAME: \_\_\_\_\_ VORNAME: \_\_\_\_\_

ORTSTEIL: \_\_\_\_\_

STRASSE: \_\_\_\_\_

PLZ / WOHNORT: \_\_\_\_\_

TELEFON / HANDY: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM: \_\_\_\_\_

**Der Mitgliedsbeitrag beträgt 36,-- € pro Jahr!**

zuzüglich einer einmaligen Aufnahmegebühr in Höhe von 10,-- € (für neue Mitglieder)

*Der Beitrag ist spätestens bis Anfang MÄRZ eines Kalenderjahres  
bzw. zur Jahreshauptversammlung fällig!*

Die Vereinssatzung wurde ausgehändigt / wird verschickt.

Den Mitgliedsbeitrag möchte ich in „BAR“ zahlen

Den Mitgliedsbeitrag möchte ich überweisen

Landseniorenverein Salzwedel e. V.  
IBAN: DE 76 8105 5555 3000 0112 41  
BIC: NOLADE21SAW  
Sparkasse Altmark-West

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Antragsteller

Die Aufnahme als Mitglied beim Landseniorenverein Salzwedel e. V.  
wird hiermit, laut Vorstandsbeschluss vom \_\_\_\_\_ bestätigt!

.....  
Ort, Datum

.....  
Vorsitzender bzw. stellvertretender Vorsitzender