

ROCK YOUR LIFE! Leipzig e.V.



Antrag auf Mitgliedschaft

Vorname: _____ Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Handy: _____

eMail: _____

Hochschule: _____ Beruf: _____

Studiengang: _____

Ich trete dem ROCK YOUR LIFE! Leipzig e.V. bei ...

- ... als aktives Mitglied (Jahresbeitrag 15 €)
- ... als Fördermitglied mit einem Jahresbeitrag von € _____

Die Satzung des ROCK YOUR LIFE! Leipzig e.V. habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie hiermit in allen Teilen an.

Ort, Datum

Unterschrift

Beitritt ab: _____

Mitgliedsnummer: _____

Wird vom Verein ausgefüllt.