



Städtepartnerschaft Leipzig - Addis Abeba e.V. የላይፒጊግና አዲስ አበባ ከተሞች የወዳጅነት ማህበር

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Städtepartnerschaft Leipzig – Addis Abeba e.V. und ich verpflichte mich, meinen Mitgliedsbeitrag innerhalb eines Monats nach Eintritt bzw. bis zum 30. April des laufenden Jahres zu entrichten.

- ☐ Ich bin Einzelmitglied (Jahresbeitrag: 50 Euro)
- ☐ Ich bin nicht erwerbstätig (Jahresbeitrag: 20 Euro)
- ☐ Ich bin Schüler / Student (Jahresbeitrag: 10 Euro)
- ☐ Wir sind eine juristische Person (Jahresbeitrag: _____ Euro (mindestens 100 Euro))

Nachname: _____ Vorname(n): _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____, _____, _____ Beruf: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bankeinzugsermächtigung

Hiermit berechtere ich den Städtepartnerschaft Leipzig – Addis Abeba e.V. Bis auf Widerruf Zahlungen des Jahresmitgliedsbeitrags von uns genanntem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber (wenn abweichend von Mitglied): _____

Bank: _____

IBAN: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____
(Kontoinhaber)

Senden Sie uns den aufgefüllten Antrag bitte per Post oder gescannt per E-Mail zu.