

An den Vorstand
des Galerievereins Albstadt e.V.
Frau Zundel
STÄDTISCHE GALERIE ALBSTADT
Postfach 100 125

72422 Albstadt

Aufnahmeantrag

Ich/wir beantragen die Aufnahme in den

Galerieverein Albstadt e.V.
Verein der Freunde der Städtischen Galerie Albstadt.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Anschrift:

Telefon:

Antrag für Einzel- oder Familienmitgliedschaft:

Bitte oben die entsprechenden Namen und Geburtsdaten der Familienmitglieder angeben).

Der Beitrag für die Einzelmitgliedschaft beträgt Euro 55,00, für die Familienmitgliedschaft Euro 80,00.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift