

# Aufnahmeantrag

## Individuelle Mitgliedschaft



**MUSEUMS  
VERBAND  
BRANDENBURG**

### Mitgliedschaft im Museumsverband des Landes Brandenburg e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Museumsverband des Landes Brandenburg e.V.:

Name, Vorname (Titel): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

#### Privatadresse

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

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

#### Geschäftsadresse

Institution: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

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

An welche Adresse soll die Verbandspost und die Beitragsrechnung gesandt werden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte nicht ausfüllen:

Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

Beitragssatz: \_\_\_\_\_

