

An den  
Verein der Festspiele  
Europäische Wochen Passau e.V.  
Dr.-Hans-Kapfinger-Str. 20

94032 Passau

## BEITRITTSERKLÄRUNG VEREINSMITGLIED

Hiermit erkläre(n) ich (wir) mit Wirkung vom ..... meinen (unseren) Beitritt als Mitglied zum

**Verein der Europäischen Wochen Passau e.V.**  
**Dr.-Hans-Kapfinger-Str. 20, 94032 Passau**

Name, Vorname / Firma: .....

Straße: .....

PLZ:..... Ort: .....

Telefon: ..... Fax: .....

Mobil: ..... E-mail: .....

Bitte in Druckbuchstaben schreiben!

### Mitgliedsbeitrag:

<input type="checkbox"/> Privatmitgliedschaft	50,00 €
<input type="checkbox"/> Firmenmitgliedschaft	250,00 €
<input type="checkbox"/> Schüler, Studenten, Auszubildende, Schwerbehinderte und Rentner	25,00 €
<input type="checkbox"/> Freiwilliger Beitrag	.....€

..... , den .....  
( Ort ) ( Datum, Unterschrift )