



Beitrittserklärung

Hiermit wünsche ich, dem **Volkstheater Chrebsbach** als Mitglied beizutreten.

Name
Vorname
Strasse, Nr.
PLZ, Ort
Telefon
Mobiltelefon
E-Mail
Geburtsdatum

Aktivmitglied Jahresbeitrag

- | | |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitglied | Fr. 30.00 |
| <input type="checkbox"/> Ehepaare/Partner (2 Pers.) | Fr. 40.00 |
| <input type="checkbox"/> Kinder bis 16 Jahre
Lernende, Studenten | gratis |

Passivmitglied Jahresbeitrag

- | | |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitglied | Fr. 25.00 |
| <input type="checkbox"/> Ehepaare/Partner (2 Pers.) | Fr. 40.00 |

- Ich habe die Statuten (auf volkstheater-chrebsbach.ch unter **Mitgliedschaft**) gelesen und akzeptiere diese.

Ort/Datum:	
------------	--

Formular an ein Vorstandsmitglied abgeben oder einsenden an: info@volkstheater-chrebsbach.ch