



## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft als

**Vollmitglied**

**Fördermitglied** (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Wolfhager Straße 109  
Werk Rothenditmold  
34127 Kassel

Telefon: 05 61 - 8 01 72 50  
Telefax: 05 61 - 8 01 72 51

Der **Jahresbeitrag** für **Einzelmitglieder** beträgt – **Minimum: 12,00 € \***

Der **Jahresbeitrag** für **Firmen und Institutionen** beträgt – **Minimum: 100,00 € \***

\* Die Beitragssätze sind das Minimum. Sie können durch freiwillige Selbsteinschätzung nach oben angehoben werden.

Er ist jährlich im Voraus bis zum Ende des ersten Kalendermonats eines jeden Jahres fällig.  
Die Überweisung erfolgt auf das Konto bei der  
**Kasseler Sparkasse – IBAN: DE26520503530001199363**

Ich/wir habe/n davon Kenntnis genommen, daß ich/wir die Mitgliedschaft jeweils zum Ende eines Jahres schriftlich kündigen kann/können.  
Die Kündigung muß bis zum **30.09. d.J.** eingegangen sein.

Name, Vorname: / Firma / Institution

-----  
Geburtsdatum: (freiwillig)

-----  
Beruf: (freiwillig)

-----  
Straße:

-----  
PLZ /Ort:

-----  
Telefon:

-----  
Fax:

-----  
E-Mail:  
-----

-----  
Unterschrift  
(bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter )

-----  
Ort, Datum