

# Verschwisterungsverein Nidda e.V.



## Beitrittserklärung

weiblich

männlich

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl / Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Email

\_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum  
Verschwisterungsverein Nidda e.V.

Die Vereinssatzung ist mir bekannt, bzw.  
kann beim Vorstand eingesehen werden.  
Die Satzung in ihrer jeweils gültigen  
Fassung erkenne ich an.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift