

# Aufnahmeantrag

## Korporative Mitgliedschaft



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

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

- 1. Name des Museums:** \_\_\_\_\_  
Postanschrift: \_\_\_\_\_  
Tel. / Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Website: \_\_\_\_\_  
Gründungsdatum: \_\_\_\_\_  
Anzahl der Mitarbeiter (fest angestellt / in zeitweiliger Beschäftigung): \_\_\_\_\_

- 2. Museumsträger:** \_\_\_\_\_  
Postanschrift: \_\_\_\_\_  
Tel. / Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

- 3. Museumsleitung:**  
Name: \_\_\_\_\_  
Tel. / Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

- 4. An welche Adresse soll die Verbandspost (Rundbrief, Museumsblätter) gesandt werden?:**

\_\_\_\_\_

- 5. An welche Adresse soll die Beitragsrechnung gesandt werden?**

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte nicht ausfüllen:

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

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

