

Antrag auf Beitragsminderung



Hiermit beantrage ich

Name, Vorname	<input type="text"/>
Straße, Hausnr.	<input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Landesverband	<input type="text"/>
Mitgliedsnummer	<input type="text"/>

eine Minderung meines Mitgliedsbeitrags für das Geschäftsjahr auf 12 € (respektive 1€ pro Jahresrestmonat).

Ich bin zum 1. Januar des betreffenden Geschäftsjahres, respektive zum Eintrittsdatum (Neumitglieder):

<input type="checkbox"/>	Schüler
<input type="checkbox"/>	Student
<input type="checkbox"/>	Auszubildender
<input type="checkbox"/>	Wehrpflichtiger
<input type="checkbox"/>	schwerbehindert
<input type="checkbox"/>	Arbeitslosengeld-II-Empfänger

Dem Antrag sind Nachweise angefügt (optional)

Durch meine Unterschrift versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben

Ort, Datum

Unterschrift

Vermerke des zuständigen Landesverbands	
eingegangen:	
	Datum, Unterschrift/Stempel
bearbeitet:	
<input type="checkbox"/> bewilligt	
<input type="checkbox"/> abgelehnt	
	Datum, Unterschrift/Stempel

Vermerke der Bundesgeschäftsstelle	
eingegangen:	
	Datum, Unterschrift/Stempel