



Beitrittserklärung

Lfd.Nr.: _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu den Freien Wählern
in Hoppstädten-Weiersbach

Datum: _____

Den Jahresbeitrag von 24,00 € zahle ich bar.

Vorname: _____

Name: _____

Strasse / Nr.: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____