

Aufnahmeantrag

Fachverband der Kommunalkassenverwalter
Landesverband Brandenburg e.V.



Hiermit wird gemäß § 4 Abs. 2 der Satzung die Aufnahme in den Fachverband der Kommunalkassenverwalter Landesverband Brandenburg e.V. beantragt. Mit der Aufnahme wird zugleich die Mitgliedschaft im Fachverband der Kommunalkassenverwalter e.V. (Bundesverband) als Doppelmitgliedschaft erworben. Der Mitgliedsbeitrag beträgt derzeit jährlich 80 EUR (40 EUR Landesverband, 40 EUR Bundesverband).

Name der Antragstellerin/des Antragstellers

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Vor- und Nachname der Kassenverwalterin/des Kassenverwalters

Telefonnummer

Kontakt-E-Mail-Adresse (bitte möglichst eine Funktions-E-Mail-Adresse wie z.B. „kasse@gemeinde.de“ angeben)

Rechnungs-E-Mail-Adresse (für den Versand der Mitgliedsbeitragsrechnung)

Beginn der Mitgliedschaft

Bemerkung

Beachten Sie bitte auch die Informationspflichten zur Erhebung von personenbezogenen Daten nach Artikel 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung.

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift(en)

Bitte per Post an:

Fachverband der Kommunalkassenverwalter
Landesverband Brandenburg e.V.
c/o Carina Sander
Fruchtstr. 2
15236 Frankfurt (Oder)