



BEITRITTSERKLÄRUNG ZUM LANDESVERBAND SALZBURGER MUSEEN UND SAMMLUNGEN

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft im Landesverband Salzburger Museen und Sammlungen als ordentliches institutionelles Mitglied (z.B. Museum, Rechtsträger, juristische Person, usw.).

Name der Institution: _____

ZVR- bzw. UID-Nummer: _____

Straße & Hausnummer: _____

PLZ & Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Homepage: _____

Gründungsjahr: _____

Ansprechperson in dieser Institution ist:

Funktion: _____

Anrede: Frau Herr

Titel: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße & Hausnummer: _____

PLZ & Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Datum

Unterschrift

Bitte senden Sie die Beitrittserklärung unterschrieben per Mail an museen@salzburgervolkskultur.at, per Fax an +43/662/8042-2612 oder per Post an den Landesverband Salzburger Museen und Sammlungen, Postfach 527, 5010 Salzburg