

BEITRITTSERKLÄRUNG ZUR MUSEUMSJUGEND

Ich möchte gerne Mitglied in der Museumsjugend des Landesverbandes Salzburger Museen und Sammlungen werden!

Anrede:	☐ Frau ☐ Herr
Vorname:	_____
Nachname:	_____
Straße & Hausnummer:	_____
PLZ & Ort:	_____
Mobiltelefon:	_____
Telefon:	_____
E-Mail:	_____
Geburtsdatum:	_____

Falls du Mitglied oder MitarbeiterIn in einem Museum, Schaubergwerk oder einer Privatsammlung bist, fülle bitte noch folgendes aus.

Name des Museums:	_____
Straße & Hausnummer:	_____
PLZ:	_____
Ort:	_____

Datum

Unterschrift