

## **Aufnahmeantrag**

( ) *Ja, ich möchte Mitglied der Gewerbegemeinschaft Kahla werden*

*Den Beitrag in Höhe von 30,00 Euro für das Jahr ..... zahle ich 14 Tage nach Erhalt der Rechnung.*

*Firma.....*

*Anschrift.....*

*Telefon..... Fax..... e-mail.....*

*Ansprechpartner.....*

*Geburtsdatum.....*

*Unterschrift.....*

*Datum.....*

*bitte zurück per E-mail an [loewenapo-kahla@t-online.de](mailto:loewenapo-kahla@t-online.de) oder Fax: 036424-20057*