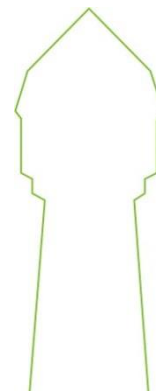


ABSOLVENTENVERBAND

DER STÄDTISCHEN HÖHEREN LEHRANSTALT FÜR
WIRTSCHAFTLICHE BERUFE
Burgplatz 1
2700 Wr. Neustadt



BEITRITTSERKLÄRUNG ZUM ABSOLVENTENVERBAND

STÄDTISCHE HÖHERE LEHRANSTALT FÜR WIRTSCHAFTLICHE BERUFE

Vorname: _____

Nachname: _____

Mädchenname: _____

MATURA/ABSCHLUSSPRÜFUNG

Datum: _____

AKTUELLE ADRESSE

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

ICH TRETE DEM ABSOLVENTENVERBAND DER HLW/FS ALS:

- Ordentliches Mitglied** (Absolventen der HLW/FS) bei.
- Förderndes Mitglied** (Freunde der HLW/FS) bei.

DER JAHRESBEITRAG FÜR DIE MITGLIEDSCHAFT BETRÄGT € 10,--

Ort, Datum _____ **Unterschrift** _____

DIE ZAHLUNG DES MITGLIEDSBEITRAGES UND EVENTUELLER SPENDEN ERFOLGEN DURCH:

Onlinebanking; Überweisung; Dauerauftrag:

Raiffeisen-Konto: lautet auf Mag. Katharina Göschl

IBAN: AT 38 3293 7000 0006 4360

BIC: RLNWATWWWRN

BAR durch Übergabe des Betrages an: _____