



Freie Wählergemeinschaft Bad Lippspringe

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Freien Wählergemeinschaft Bad Lippspringe

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Ich bestätige, dass ich keiner politischen Partei oder anderen Wählergruppe angehöre.

(Datum)

(Unterschrift)