

በኑርነበርግና ኦካባሲው የኢትዮጵያውያን ዕድረ
ÄTHIOPISCHE TRAUERSELBSTHILFE (IDDIR) NÜRNBERG E.V.
የአባልነት ማመልከቻ ቅጽ
BEITRITTSERKLÄRUNG

(wird vom Verein eingetragen)

የቤት ስልክ / Festnetz Nr.: _____ **የእጅ ስልክ / Handy Nr.:** _____

በኑርንበርግና አካባቢው ነዋሪ የሆኑት ከ / Wohnt in Nürnberg & Umgebung Seit:

1. _____
2. _____
3. _____

ወርቃዊ ክፍያ / Monatlich 5.00 €

Ich bin voll und ganz bewusst von den Verpflichtungen eines Mitglieds wie in dem Artikel der Satzung „Äthiopischen Trauerselbsthilfe (Iddir) Nürnberg“ angegeben. Hiermit melde ich mich für eine Mitgliedschaft. Ich bestätige, dass die oben angegebenen Informationen wahr und richtig sind.

የአመልካች ፊርማ / Unterschrift

የዕለቱ ውጣኔ :-

8.2.3. ሀ. በ8.2.3 የተጠቀሰው የሚፀናው ጀርመን ሐገር ከመጣ/ከመጣች እስከ ሁለት አመት ድረስ ይሆናል። +