

# Beitrittserklärung

---

## Verband Deutscher Sinti und Roma - Landesverband Baden Württemberg

Name:\*

Vorname:\*

Straße\*:

Postleitzahl:\*

Ort:\*

Email:

Telefon:

mobil:

Hiermit beantrage ich die kostenlose Mitgliedschaft zum Verband Deutscher Sinti und Roma e.V.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift

\*Diese Angaben sind verpflichtend

Informationen zum Datenschutz:

Wir legen großen Wert darauf sicherzustellen, dass Ihre persönlichen Daten vertraulich bleiben.

Unsere Datenschutzerklärung finden Sie unter <https://www.sinti-roma.com/ueberuns/webseite/datenschutzerklaerung/>  
oder sprechen Sie uns an unter [datenschutz@sinti-roma.com](mailto:datenschutz@sinti-roma.com).