

# MELDESCHEIN

für die Teilnahme an der Ausstellung zur Verleihung des 12. Meldorfer Culturpreises  
2025 im „Dithmarscher Landesmuseum“, Meldorf

|              |              |
|--------------|--------------|
| Name:        | Vorname:     |
| Geburtsjahr: |              |
| Straße:      | PLZ Wohnort: |
| Tel.:        | E-Mail:      |

## Liste der eingereichten Arbeiten:

|                               |  |  |                               |
|-------------------------------|--|--|-------------------------------|
| <b>1. Titel:</b>              |  | Entstehungsjahr:                           |                               |
| Technik/Material:             |  |  |                               |
| Format (Höhe vor Breite):     |  |  |                               |
| Verkaufspreis (inkl. Rahmen): |  | Unverkäuflich: Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Versicherungswert:            |  |  |                               |

|                               |  |  |                               |
|-------------------------------|--|--|-------------------------------|
| <b>2. Titel:</b>              |  | Entstehungsjahr:                           |                               |
| Technik/Material:             |  |  |                               |
| Format (Höhe vor Breite):     |  |  |                               |
| Verkaufspreis (inkl. Rahmen): |  | Unverkäuflich: Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Versicherungswert:            |  |  |                               |

|                               |  |  |                               |
|-------------------------------|--|--|-------------------------------|
| <b>3. Titel:</b>              |  | Entstehungsjahr:                           |                               |
| Technik/Material:             |  |  |                               |
| Format (Höhe vor Breite):     |  |  |                               |
| Verkaufspreis (inkl. Rahmen): |  | Unverkäuflich: Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Versicherungswert:            |  |  |                               |

Ich bin einverstanden, dass im Zusammenhang mit der Ausschreibung mein Name, die Anschrift, Telefonnummern und E-Mailadresse gespeichert werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Spätestens nach vier Jahren werden Ihre Daten aus unseren Verzeichnissen gelöscht. Die Daten werden in keinem Fall an Dritte weitergegeben.