
Basaliome-Gorlin Goltz e.V.

Postfach 12 05 ~ 17382 Anklam

www.shg-basaliome.de

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich bis zu meinem schriftlichen Widerruf/Austritt die Mitgliedschaft im

Basaliome-Gorlin Goltz e.v.

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Straße/Hausnr.	Postleitzahl/Ort	Telefon-/Fax Nr.
----------------	------------------	------------------

E-Mail

Ich bin damit einverstanden, dass meine Adressdaten in einer Liste an alle Mitglieder weitergegeben werden.(nicht zutreffendes bitte streichen) Ja/Nein

Ich werde den Mitgliedsbeitrag von 25,00 € jährlich innerhalb von 6 Wochen nach Aufnahme auf das mir mitgeteilte Konto überweisen.(nicht zutreffendes bitte streichen) Ja/Nein

Ich zahle keinen Beitrag, da bereits ein anderes Haushaltsmitglied zahlungspflichtig ist. (nicht zutreffendes bitte streichen) Ja/Nein

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den o.g. Verein und erkenne die Satzung als bindend an.

Ort/Datum	Unterschrift
-----------	--------------

1. Vorsitzender
Daniel Albers

Vereinsregister
Amtsgericht Anklam
4 VR 385

Sparkasse Vorpommern
BLZ 15050500
Kto 0102009813