



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	Telefax	e-Mail

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

Ich werde den Jahresmitgliedsbeitrag von 30,- € auf das mir mitgeteilte Konto überweisen.
(zutreffendes bitte ankreuzen) Ja Nein

Ich zahle monatlich 2,50 € vierteljährlich 7,50 €
 halbjährlich 15,00 € jährlich 30,00 €

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

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

Ort / Datum

Unterschrift