

Beitrittserklärung Selbsthilfegruppe Lip-Lymph-Remstal e.V., Schorndorf

Hiermit erkläre ich ab _____ meinen Beitritt als Mitglied in der Selbsthilfegruppe Lip-Lymph-Remstal e.V., Schorndorf.

Name: _____ Vorname: _____
Geb.- Datum: _____ Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____

Gewünschte Mitgliedschaft:

- | | | |
|---|----------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelmitgliedschaft | Jahresbeitrag: | 15,-- € |
| <input type="checkbox"/> Paarmitgliedschaft | Jahresbeitrag: | 20,-- € (ab 2023: 21,-- €) |

Bei Paarmitgliedschaft bitte die Daten des Ehe-/Lebenspartners angeben:

Name: _____ Vorname: _____
Geb.- Datum: _____

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)