

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: | 21,-- € |

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

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

Durch meine Unterschrift akzeptiere ich die Satzung und die darin enthaltenen Ordnungen. Der Datenschutzordnung kann ich die Informationen nach Artikel 13 und 14 der DSGVO zum Umgang des Vereins mit meinen Daten entnehmen. Satzung und Datenschutzordnung stehen auf der Internetseite des Vereins bereit: <https://liplyremstal.de/Ueber-uns/Mitgliedschaft>

Ort, Datum

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

Ort, Datum

Unterschrift des Ehe-/Lebenspartners