

Mitgliedsantrag



Hiermit beantrage ich/wir,

Name, Vorname (Person1) _____

Geb.-Datum _____

Tel./Handy: _____

Email: _____

Name, Vorname (ggf.Person2) _____

Geb.-Datum _____

Tel./Handy: _____

Email: _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Name des betroffenen Kindes _____

Geb.-Datum _____



die Aufnahme als Mitglied im Elternverein Krebskranke Kinder Mainz e.V., Lindenschmitzstr. 53, 55131 Mainz.

Ein Exemplar der Satzung des Vereins erhalten Sie mit der Anmeldebestätigung. Dadurch bin ich/sind wir über die Rechte und Pflichten eines Mitglieds unterrichtet. Ich bin/wir sind davon unterrichtet, dass ich/wir berechtigt, aber nicht verpflichtet bin/sind, an Mitgliederversammlungen teilzunehmen.

Aufnahmegebühr / pro Person	25,00 €	einmalig
Jahresbeitrag		
Einzelperson (mindestens)	25,00 €	oder _____ €
Ehepaare (mindestens)	40,00 €	oder _____ €

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert und zum Zweck der Kontaktaufnahme verarbeitet und genutzt werden. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum/Unterschrift _____

