

Aktionsbündnis Klinikum Lippe

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich,

(Name, Vorname)

meine Aufnahme in den Verein **Aktionsbündnis Klinikum Lippe**.

Meine Kontaktdaten:

Firma

Name, Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail

Ich beantrage die Aufnahme als

ordentliches Mitglied

Fördermitglied

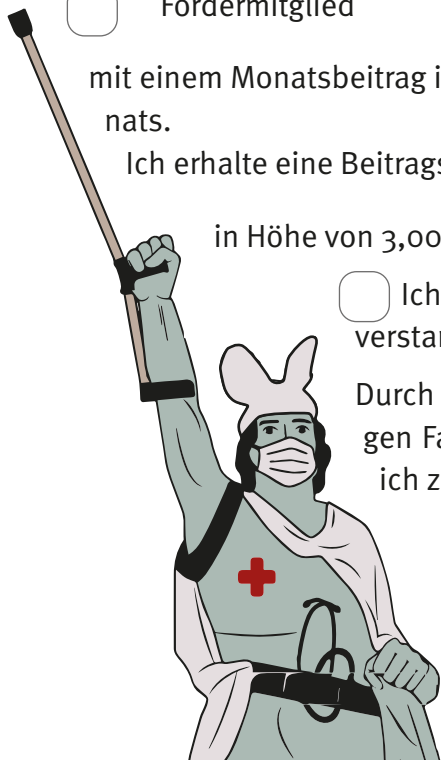
mit einem Monatsbeitrag in Höhe von 5,00 Euro. Der Beitrag wird monatlich fällig zum 1. des Folgemo-
nats.

Ich erhalte eine Beitragsermäßigung als

in Höhe von 3,00 Euro; einen entsprechenden Nachweis füge ich dem Antrag bei.

Ich habe die beigefügten Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen und
verstanden.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins in der jeweils gülti-
gen Fassung als für mich verbindlich an. Die aktuelle Fassung der Satzung habe
ich zur Kenntnis genommen.



Datum

Unterschrift