

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

