



Schilddrüsenzentrum Koblenz - Mittelrhein e.V.

c/o Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz

Rübenacher Straße 170

56072 Koblenz

Aufnahmeantrag/Beitrittserklärung

Ich

Frau/Herr _____

(Familienname, Vorname)

Geburtsort/-datum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

E-Mail: _____

stelle hiermit den Antrag auf Aufnahme als ordentliches Mitglied in den als gemeinnützig anerkannten Verein Schilddrüsenzentrum Koblenz - Mittelrhein e. V.

Ich erkläre, dass ich den Verein entsprechend der bestehenden und mir bekannten Satzung des Vereins in seinen ideellen Zielsetzungen unterstützen werde.

Ich erkläre mich im Weiteren damit einverstanden, dass der jährlich festgelegte Mitgliedsbeitrag in Höhe von derzeit 60,00 € nach Aufforderung des Vereins auf das Konto des Vereins,

Schilddrüsenzentrum Koblenz-Mittelrhein

IBAN: DE23 5709 0000 1069 1730 00

BIC: GENODE51KOB (Volksbank Koblenz Mittelrhein eG)

Verwendungszweck: Mitgliedsbeitrag

überwiesen wird.

Über geleistete Spenden bitte ich um Übersendung einer Zuwendungsbestätigung seitens des Vereins.

Mir ist bekannt, dass meine mitgeteilten persönlichen Daten unter Beachtung des BDSG für vereinsorganisatorische Zwecke gespeichert werden. Hiermit bin ich einverstanden.

Ich bitte um weitere Vereinsinformationen/Mitteilungen unter meiner angegebenen E-Mailadresse.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift