



Mitgliedsantrag

Berliner Skoliotherapie nach Diefenbach e. V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein

Berliner Skoliotherapie nach Diefenbach e.V.

zum:.....

.....

Titel

Name

Vorname

.....

Geburtsdatum

Adresse

.....

Telefon Festnetz

Mobil

.....

E-Mail-Adresse

Beruf (Angabe freiwillig)

Die Mitgliedschaft gilt bis zum Jahresende und verlängert sich jeweils um 1 Jahr, wenn sie nicht satzungsgemäß rechtzeitig gekündigt wird.

Die Satzung habe ich gelesen und ich erkenne sie in vollem Umfang an.
Der Mitgliedsbeitrag beträgt zurzeit 5,00€ im Monat (reduziert 3,00€ für Schüler, Studenten und Auszubildende) fällig zum 31.3. eines jeden Jahres.

Ich bestätige die Richtigkeit der obenstehenden Angaben

.....
Datum

.....
Unterschrift

Eingegangen am:

Beginn der Mitgliedschaft:

Erste Vorsitzende
Edeltraud Diefenbach

Zweite Vorsitzende
Maria Weiß