

Antrag auf Beitritt zum Lymphnetzwerk Lübeck e.V.

Vielen Dank, dass Sie sich für eine Mitgliedschaft im Lymphnetzwerk Lübeck e.V. interessieren.

Bitte prüfen Sie im Vorfeld ob Sie die Aufnahmekriterien im Sinne der Vereinssatzung des Lymphnetzwerk Lübeck e.V., §3 Erwerb der Mitgliedschaft, Satz 1-3, erfüllen. Bitte weisen Sie Ihre Qualifikationen und die Erfüllung der Voraussetzungen aussagekräftig nach und fügen sie diese Ihrem Antrag bei.

Firma:

Name:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____		
Straße/ Nr.:	_____		
PLZ:	_____	Ort:	_____
Telefon:	_____	Mobil:	_____
E-Mail:	_____		

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied im Lymphnetzwerk Lübeck e.V. ab:

01.01. des Jahres

Jahresbeitrag (Der Jahresbeitrag ist für ein Jahr im voraus zu entrichten)

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Gruppe 1 | Natürliche Person | 60 € |
| <input type="checkbox"/> | Gruppe 2 | Juristische Person | 120 € |

Mit dieser Erklärung beantrage ich dem Lymphnetzwerk Lübeck e.V. beizutreten. Durch den Beitritt entstehen gegenüber dem Lymphnetzwerk Lübeck e.V. keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche. Die Mitgliedschaft kann zum 31.12. eines jeden Jahres gekündigt werden. Die Austrittserklärung muss in schriftlicher Form dem Vorstand bis zum vorherigen 30.09. zugegangen sein. Später eingehende Austrittserklärungen wirken erst zum 31.12. des Folgejahres. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich. Der Vorstand vom Lymphnetzwerk Lübeck e.V. behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Erfüllung und die Einhaltung der Aufnahmekriterien lt. Satzung. Mit Zugang der Entscheidung über die Annahme des Antrages erhalte ich eine Rechnung über die Höhe des Mitgliedsbeitrages.

Der unterzeichnete Antrag ist zu richten an den 1. Vorsitzenden des Lymphnetzwerk Lübeck e.V.

Herr Jörn Burfeind, MGZ, Paul-Ehrlich-Str. 1-3, 23562 Lübeck | Fax: 0451/ 317 934 229

E-Mail: hausarzt_aedt_mgz-luebeck.de | www.lymphnetzwerk-luebeck.de

Ort	Datum	Stempel	Unterschrift
-----	-------	---------	--------------