KGV Naturheilkunde Gohlis e.V.

|  |
| --- |
| **Aufnahmeantrag für die Mitgliedschaft** |

Hiermit beantrage ich,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vorname, Name** |  |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **Straße / Nr.** |  |
| **PLZ / Wohnort** |  |  |
| **Ausgeübter Beruf** |  |
| **Telefon / Handy** |  |  |
| **E-Mail** |  |
| **PA-Nr. / ID** |  |
| **Eintrittsdatum** |  |

die Aufnahme in den Verein „KGV Naturheilkunde Gohlis e.V.“ Die Aufnahmegebühr beträgt einmalig: 7,50 € +15,00 € Mitgliedschaft. Ich erkenne die mir ausgehändigte Satzung und Ordnungen des Vereins an. Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß DSGVO bin ich einverstanden.

|  |
| --- |
| **Datenblatt** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gartennummer** |  |
|  |  |
| **Überdachte Fläche** |  |
| **Unfallversicherung** |  |
| **Sachversicherung** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vereinbarungen** |  |

Leipzig, den

|  |  |
| --- | --- |
| **Antragsteller** | **Vorstand** |
| -------------------------------- | --------------------------------- |