

Mitgliedschaft im Verein Netzwerk Altersmedizin Steiermark

Beitrittserklärung



Ich unterstütze die Umsetzung der Ziele des Netzwerks Altersmedizin Steiermark und ersuche um Aufnahme im Verein Netzwerk Altersmedizin Steiermark als *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

ORDENTLICHES MITGLIED

Jährlicher Mitgliedsbeitrag € 20,-

AUSSERORDENTLICHES MITGLIED

Jährlicher Förder-Mitgliedsbeitrag *(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. angeben)*

€ 50,- € 100,- € 200,- anderer Betrag:

Die Statuten des Vereins Netzwerk Altersmedizin Steiermark können auf der Homepage des Vereins unter www.netzwerk-steiermark.net abgerufen und ausgedruckt werden. Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand. Die Mitgliedschaft kann von Ihnen jederzeit gekündigt werden.

Titel:

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

E-Mail:

Telefon:

Inhalte thematischer Interessen:

Datenschutz:

Ich stimme zu, dass die o. g. Daten für Vereinszwecke verarbeitet werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte das unterschriebene Beitrittsformular an die E-Mail-Adresse des Vereins zu senden:
verein.netzwerksteiermark@gmail.com

Bankkonto: Netzwerk Altersmedizin Steiermark
IBAN: AT29 2081 5000 4326 4233
BIC/SWIFT: STSPAT2GXXX, Steiermärkische Sparkasse