

## AUFNAHMEANTRAG

Ich bitte um Aufnahme in WIRBELWIND

ab \_\_\_\_\_

Selbsthilfegruppe für Skoliose- und Wirbelsäulengeschädigte e. V.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_

Telefon Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Der Jahresbeitrag beträgt derzeit 35,00 €, die einmalige Aufnahmegebühr 15,00 €. Der Beitrag ist jeweils im Januar fällig und zahlbar durch:

- Banküberweisung \*)
- eines SEPA-Lastschriftmandats\*)

Durch meinen Eintritt erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten auf elektronischen Datenträgern gespeichert werden dürfen. Sie unterliegen den Vorschriften des Datenschutzgesetzes.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen