

Antrag auf Aufnahme in den Schwerhörigenverein Cottbus e. V.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ich möchte **ordentliches** Mitglied im Schwerhörigenverein Cottbus e. V. werden.

Beginn der Mitgliedschaft: _____

Ich möchte **förderndes** Mitglied im Schwerhörigenverein Cottbus e. V. werden.

Beginn der Mitgliedschaft: _____

Name

Vorname

Straße

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Telefon:

E-Mail:

Die Satzung, die Beitragsordnung sowie die Datenschutzerklärung für Vereinsmitglieder des Schwerhörigenvereins Cottbus e. V. habe ich erhalten.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die oben genannten Dokumente an.

Ort, Datum

Unterschrift