



Mitgliedsantrag

Wir freuen uns, dass Sie sich dazu entschieden haben, dem Lymphnetz Region Aachen e.V. beizutreten. Dazu müssten Sie bitte noch das folgende Formular vollständig ausfüllen.

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Eintrittsdatum: _____

Email: _____

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft im Lymphnetz Region Aachen e.V ab:

01.Januar des Jahres..... 01.Juli des Jahres.....

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

Bitte ankreuzen:

- | | | | |
|-----------------------|-----------|-------|--|
| <input type="radio"/> | Gruppe 1: | 30 € | Interessierte / Einzeltherapeuten |
| <input type="radio"/> | Gruppe 2: | 60 € | Ärzte / Lymphologische Schwerpunktpraxen |
| <input type="radio"/> | Gruppe 3: | 120 € | Sanitätshäuser |

Mit dieser Erklärung trete ich dem Lymphnetz Region Aachen e.V. bei. Durch den Beitritt entstehen gegenüber dem Lymphnetz Region Aachen e.V. keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche. Die Mitgliedschaft kann jederzeit ohne Fristeinhaltung gekündigt werden. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich. Der Vorstand vom Lymphnetz Region Aachen 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.

Ort, Datum, Unterschrift