

Regionales Kooperatives Rheumazentrum
Niedersachsen e. V.
Geschäftsstelle
Carl-Neuberg-Str. 1

30625 Hannover

Mail: rheumazentrum@mh-hannover.de

Aufnahmeantrag

für die Mitgliedschaft

im Regionalen Kooperativen Rheumazentrum Niedersachsen e.V.

Ich beantrage die Aufnahme als ordentliches Mitglied im Regionalen Kooperativen Rheumazentrum Niedersachsen e.V.

Der Jahresbeitrag beträgt ab 01.01.02 € 30,00

Er gilt jeweils für das laufende Kalenderjahr.

Der Vorstand leitet den Aufnahmeantrag an die nächste Mitgliederversammlung weiter, die mit einfacher Mehrheit entscheidet.

Datenschutz

Personenbezogene Daten werden gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung vom 25.05.2018 behandelt. Die Daten werden nur zur Aufnahme eines neuen Mitgliedes benutzt und nicht an Dritte weitergegeben. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Zustimmung zur Nutzung Ihrer Daten zu widerrufen.

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Private Anschrift: _____

Dienstliche Anschrift: _____

Berufsbezeichnung: _____

Telefon (dstl.): _____ Fax (dstl.): _____

e-mail (dstl.): _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)