



BEITRITTSERKLÄRUNG

LAB-Treffpunkt _____

Mitgliedsnummer-Nr. Eintrittsdatum:.....

Ich beantrage die Mitgliedschaft im LAB:

Name:..... Vorname:.....

Geb.-Datum:..... Telefon:.....

Straße:.....

PLZ/Ort:.....

Im Notfall zu informieren:

Name der Kontaktperson:.....

Telefonnummer der Kontaktperson:.....

Über die Satzung, Aufgaben und Ziele des LAB bin ich informiert.

Der Beitritt kann innerhalb von 2 (zwei) Wochen ab Beitrittsdatum schriftlich widerrufen werden. Der Mitgliedsbeitrag ist im Voraus fällig.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Monatsbeitrag 5,00€, | <input type="checkbox"/> Vierteljährlich 15,00€, |
| <input type="checkbox"/> Halbjährlich 30,00€ | <input type="checkbox"/> Jährlich 60,00€ |

Kündigungsfrist: 3 Monate (schriftlich an den Treffpunkt)

Datum:..... **Unterschrift LAB**.....

Datum:..... Unterschrift Mitglied.....

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der Verein LAB Lange Aktiv Bleiben Landesverband Hamburg e.V. Fotos von mir, als Teilnehmer einer LAB-Veranstaltung, im Internet veröffentlichen darf. Diese Genehmigung gilt ab sofort. Sie ist jederzeit widerrufbar. **(Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Löschungen von Daten im Internet aufwendig bzw. meist sogar unmöglich sind.)**

.....
Datum / Unterschrift

Stand: September 2018

Kopie an den Landesverband