



SV Medizin Quedlinburg e.V.

Kontakt-E-Mail-Adresse: sv-medizin-qlb@web.de

Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße: PLZ/ Wohnort:

Telefon: Email:

Die Aufnahme in den SV Medizin Quedlinburg e.V. ab: Gruppe:

Die Aufnahmegebühr beträgt 10,00 € einmalig.

Ich bezahle folgenden Jahresbeitrag (bitte ankreuzen)

Erwachsene erwerbstätig: 60,00 € ()

Erwachsene- Rentner oder ohne Arbeit: 42,00 € ()

Jugendliche (bis voll. 18. Lebensjahr): 6,00 € ()

Ich erkenne die Satzung an.

Datum/ Unterschrift (bei Minderjährigen auch die eines ges. Vertreters)

Der ausgedruckte und vollständig ausgefüllte Antrag kann bei einem Vorstandsmitglied oder Gruppenleiter abgegeben werden.