

Förderverein Carl-Thiem-Klinikum Cottbus e.V.

Aufnahmeantrag

Name, Vorname, Titel:

PLZ, Wohnort, Straße, Nr.:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Ich beantrage die Aufnahme in den Förderverein Carl-Thiem-Klinikum Cottbus e.V.

Ich werde für die Dauer meiner Mitgliedschaft die von der Mitgliederversammlung beschlossenen Beiträge zur Förderung der Vereinstätigkeit zahlen.

Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine E-Mail-Adresse zur Versendung von Vereinsinformationen verwendet wird.

Datum:

Unterschrift: