



## Angaben zur Mitgliedschaft

(Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich beantrage / Wir beantragen die Mitgliedschaft bei der BSG Medizin Dessau als *(bitte ankreuzen)*

Monatsbeitrag		Monatsbeitrag	
<input type="radio"/> Familienmitgliedschaft Betrieb SKD/Alexianer	15,00 €	<input type="radio"/> Familienmitgliedschaft Senioren Betrieb SKD/Alexianer	13,00 €
<input type="radio"/> Einzelmitglied Erwachsene Betrieb SKD/Alexianer	11,00 €	<input type="radio"/> Einzelmitgliedschaft Senioren Betrieb SKD/Alexianer	9,00 €
<input type="radio"/> Einzelmitglied Kinder u. Jugendliche	7,00 €		
<input type="radio"/> Einzelmitglied Erwachsene Betriebsfremd	15,00 €	<input type="radio"/> Einzelmitglied Senioren Betriebsfremd	13,00 €
<input type="radio"/> Familienmitgliedschaft Betriebsfremd	24,00 €	<input type="radio"/> Familienmitgliedschaft Senioren Betriebsfremd	22,00 €

Für jedes neu eingetretene Mitglied ist eine **einmalige Aufnahmegebühr/Verwaltungsgebühr** in Höhe von **5 Euro** zu entrichten.

## Angaben zur Person (\*Pflichtangaben)

Name\*: ..... Vorname\*: .....

Zusatzvermerk (Ortsteil)\*: .....

Straße\*: ..... Hausnr. \*: .....

Postleitzahl\*: ..... Ort\*: .....

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)\*: .....

Mitglied ab\*: ..... Sportart\*: .....

Telefon: .....

E-Mail\*: .....

## Angaben zu weiteren Mitgliedern

Die Familienmitgliedschaft soll auch für folgende Familienangehörige/Partner beantragt werden:

1.	Name / Vorname ..... Mitgliedsnummer (Diese Nummer wird vom Verein ausgefüllt.): .....	Geburtsdatum ..... Sportart: .....
2.	Name / Vorname ..... Mitgliedsnummer (Diese Nummer wird vom Verein ausgefüllt.): .....	Geburtsdatum ..... Sportart: .....
3.	Name / Vorname ..... Mitgliedsnummer (Diese Nummer wird vom Verein ausgefüllt.): .....	Geburtsdatum ..... Sportart: .....

