

## Aufnahmeantrag und Beitrittserklärung

Hiermit beantrage/n ich/wir die Mitgliedschaft in den als gemeinnützig anerkannten Verein

soziale Gesundheit e.V.

Elli-Voigt-Str. 9, Postfach: Elli-Voigt-Str. 10

10367 Berlin

– von

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

als  natürliche Person oder  juristische Person,  
als  ordentliches Mitglied oder  förderndes Mitglied.

Für die Mitgliedschaften gelten die Satzung und die Ordnungen des Vereins. Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift an. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass der Verein die von mir gemachten Angaben im Rahmen der Mitgliederverwaltung speichert und sie ausschließlich für vereinsinterne Zwecke verwendet.

Ich versichere dem Verein den Mitgliedsbeitrag jeweils am 1. des Monats auf das u.g. Vereinskonto zu überweisen. Dasselbe gilt für die einmalige Aufnahmegebühr. Für den Fall des Austritts aus dem Verein weisen wir darauf hin, dass dieser nach § 4 Abs. 5 der Satzung nur schriftlich zum Ende eines Kalenderhalbjahres zulässig und spätestens drei Monate zuvor dem Vorstand gegenüber zu erklären ist. Zum 31.12. endet in diesem Fall auch die Beitragspflicht.

Jedes Mitglied legt seinen eigenen monatlichen Beitrag über der Mindestangabe fest und kann sich freiwillig zu einer ggf. höheren Mitgliedsbeitragszahlung pro Jahr als von Finanzbehörden empfohlen verpflichten. Dies gilt gemäß der Beitragsordnung.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt somit EUR \_\_\_\_\_ pro Monat.

Die Aufnahmegebühr beträgt einmalig EUR 50,00.

Die Mittel des Vereins werden nur für die satzungsmäßigen Zwecke verwendet. Über die Mitgliedschaft erhalte ich eine Bestätigung des Vereins. Mit der Mitgliedschaft bin ich befugt an jährlichen Mitgliederversammlungen teilzunehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Vorstandsmitgliedes

### **Für die Aufnahme von Minderjährigen (Kinder/Jugendliche unter 18 Jahren)**

Hiermit genehmige ich die Aufnahme von der o.g. Person in den Verein soziale Gesundheit ab dem Datum: \_\_\_\_\_

Mein Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Erziehungsberechtigung: \_\_\_\_\_

Die unterzeichnenden gesetzlichen Vertreter erklären durch ihre Unterschrift, dass sie für den Mitgliedsbeitrag und dessen pünktliche Begleichung gesamtschuldnerisch bis zum Eintritt der Volljährigkeit der o.g. Person haften.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der / des Erziehungsberechtigten