



## Beitrittserklärung Association for Fascia Research e.V., Hamburg

Hiermit erkläre ich ab \_\_\_\_\_ meinen Beitritt als Mitglied in der Association for Fascia Research e.V.

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

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

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

### Die aktuellen Beiträge betragen:

#### 1. Aufnahmegebühr einmalig (zutreffendes bitte ankreuzen)

- natürliche Personen 10,00 €
- Juristische Personen (z.B. Firmen) 100,00 €

#### 2. Monatsbeiträge (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Natürliche Personen 12,50 €
- Juristische Personen (z.B. Firmen) 50,00 €

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)