



**BEITRITTSERKLÄRUNG**

**LAB-Treffpunkt** \_\_\_\_\_

Eintrittsdatum:.....

**Ich beantrage die Mitgliedschaft im LAB:**

Name:.....Vorname:.....

Geb.-Datum:.....Telefon:.....

Straße:.....

PLZ/Ort:.....

**Im Notfall zu informieren:**

Name der Kontaktperson:.....

Telefonnummer der Kontaktperson:.....

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein und wurde über die Satzung, Aufgaben und Ziele des LAB informiert.

Der Beitritt kann innerhalb von 2 Wochen ab Beitrittsdatum schriftlich widerrufen werden. Der Mitgliedsbeitrag ist im Voraus fällig. Eine Zahlungsaussetzung aufgrund von Urlaub oder Krankheit ist nicht möglich. Die Kündigungsfrist beträgt 3 Monate und muss schriftlich an den Treffpunkt erfolgen (Eingang bis zum 3. Werktag eines jeden Monats zum Ende des übernächsten Monats).

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Monatsbeitrag 5,00€,</b> | <input type="checkbox"/> <b>Vierteljährlich 15,00€</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Halbjährlich 30,00€</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Jährlich 60,00€</b>        |

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der LAB-Lange Aktiv Bleiben e.V. Fotos von mir, als Teilnehmer einer LAB-Veranstaltung, im Internet veröffentlichen darf (Presse und Internet). **Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass Löschungen von Daten im Internet aufwendig bzw. meist sogar unmöglich sind.**

Datum:..... **Unterschrift Mitglied**.....

Datum:..... *Unterschrift LAB*.....