

Mitgliedsantrag APPD

Darmkrebszelle

MitgliedsNr. Bundesverband:

(Steht auf dem Mitgliedsausweis des Bundesverband)

MitgliedsNr. Landesverband:

(Steht auf dem Mitgliedsausweis des Landesverband)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum

(Tag/Monat/Jahr)

Stöße:

PLZ, Wohnort

 -

TelefonNr.:

E-Mail:

(A)Soziale Netzwerke: -

(Plattform - Nutzernamen)

(A)Soziale Netzwerke: -

(Plattform - Nutzernamen)

Änderungen sind unverzüglich dem Vorstand zu melden!

Ich beantrage die Aufnahme in die APPD Darmkrebszelle und erkläre, dass ich mich zu Satzung und Grundsatzprogramm bekenne.

Über meine wesentlichen satzungsgemäßen Rechte und Pflichten wurde ich aufgeklärt.

Mit der Speicherung meiner Mitgliedsdaten, zu ausschließlich parteiinternen Zwecken, bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift