



Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein **Lipödem Lëtzebuerg a.s.b.l.:**

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
PLZ	
Ortschaft	
Land	
Email	
Telefonnummer	
Mitgliedsbeitrag	15 EUR
Spendenbeitrag (fakultativ)	

Ich möchte mich für den Newsletter der Webseite www.lipoedem.lu einschreiben:

Ja

Nein

Der jährliche Mitgliedsbeitrag beträgt **15 EUR**. Dieser kann bar gezahlt oder auf das Bankkonto des Vereins überwiesen werden.

Für 2017 ist der Mitgliedsbeitrag innerhalb von 15 Tagen nach der Anmeldung zu entrichten. Die Mitgliedschaft wird von Jahr zu Jahr automatisch verlängert, wenn diese nicht bis zum 30.11 des laufenden Jahres gekündigt wird. Ab 2018 ist der Vereinsbeitrag zum 15.1 fällig. Persönliche Daten werden für die Dauer der Mitgliedschaft elektronisch gespeichert.

Datum	Unterschrift
-------	--------------