

Sportmedizinischer Arbeitskreis Ludwigsburg e.V.

c/o Dr. Dierk-Christian Vogt
Markgröninger Str. 20
71679 Asperg
Sportkardiologie@t-online.de



Hiermit beantrage ich die **Aufnahme** als

- Mitglied (Arzt, Zahnarzt, Physiotherapeut oder Sportwissenschaftler)
- Außerordentliches Mitglied ohne Stimmrecht (alle anderen)

in den **Sportmedizinischen Arbeitskreis Ludwigsburg e.V.**

Titel:

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Berufsbezeichnung:

Straße:

PLZ + Ort:

Mail:

Ich erkenne mit Beitritt in den Sportmedizinischen Arbeitskreis Ludwigsburg e.V. die Satzung und Datenschutzordnung an.

Den Aufnahmebeitrag von € 20 habe ich auf das Vereinskonto bei der Apobank

BIC DAAEDEDXXX

IBAN DE47 3006 0601 0001 9209 79 überwiesen.

Datum :

Unterschrift: