



VSG VEREIN FÜR SPORT UND GESUNDHEIT DIETZENBACH 1964 e.V.

Siedlerstrasse 66, 63128 Dietzenbach

Email: info@vsg-dietzenbach.de

Website: www.vsg-dietzenbach1964.de

Ich erkläre hiermit meinen Eintritt in den VSG Dietzenbach:

Bitte DEUTLICH in Druckbuchstaben ausfüllen.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Koronargruppe | <input type="checkbox"/> Krebsgruppe |
| <input type="checkbox"/> Schwimmgruppe Erwachsene | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulengymnastik-Gruppe |
| <input type="checkbox"/> Schwimmgruppe Kinder | <input type="checkbox"/> Diabetes-Gruppe |
| <input type="checkbox"/> Volleyball-Gruppe | <input type="checkbox"/> Allgemeine Erwachsene |
| | <input type="checkbox"/> Allgemein Kinder/Jugendliche |

Gemäß der Beitragsordnung ist der Jahresbeitrag im Voraus innerhalb des 1.Halbjahres zu entrichten.

Ehepaare	123,00 EUR
Kind	41,00 EUR
Mindestbeitrag Erwachsene oder zwei Kinder	82,00 EUR
Jedes weitere Kind	15,00 EUR

Name		Vorname	
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Krankenkasse	
Geburtsort		Geburtsdatum	
PLZ/Wohnort		Straße/Hausnummer	
Telefon		Mobiltelefon	
E-Mail		Fax	

Der Austritt aus dem Verein VSG kann durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand mit einer Frist von 3 Monaten zum Jahresende erfolgen

Ort, Datum

Unterschrift ggf. des Erziehungsberechtigten



VSG VEREIN FÜR SPORT UND GESUNDHEIT DIETZENBACH 1964 e.V.

Siedlerstrasse 66, 63128 Dietzenbach

Email: info@vsg-dietzenbach.de

Website: www.vsg-dietzenbach1964.de

2. Mitglied

Name		Vorname	
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Krankenkasse	
Geburtsort		Geburtsdatum	

3. Mitglied

Name		Vorname	
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Krankenkasse	
Geburtsort		Geburtsdatum	

4. Mitglied

Name		Vorname	
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Krankenkasse	
Geburtsort		Geburtsdatum	

5. Mitglied

Name		Vorname	
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Krankenkasse	
Geburtsort		Geburtsdatum	

6. Mitglied

Name		Vorname	
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Krankenkasse	
Geburtsort		Geburtsdatum	

Ort, Datum

Unterschrift ggf. des Erziehungsberechtigten