



SPITAL-CLUB FRUTIGEN
MEIRINGEN INTERLAKEN FMI

Beitrittserklärung

Herr/Frau _____
Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
Heimatort _____
Beruf _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Wohnort _____

erklärt bei gleichzeitiger Anerkennung der Statuten vom 22. Juni 2010 seinen/ihren Beitritt als Mitglied des Vereins „Spital-Club Frutigen Meiringen Interlaken FMI“.

- Kategorie reine Unterstützungsmitgliedschaft
 mit Club-Leistungen 1er-Zimmer
 mit Club-Leistungen 2er-Zimmer

Mitgliedschaft ab(Datum)

- Zahlung Mitgliederbeitrag monatlich
 vierteljährlich
 halbjährlich
 jährlich

Der Beitrag für die reine Unterstützungsmitgliedschaft ist jährlich zahlbar.

Angaben betreffend Versicherung

Ihre Grundversicherung (Name der Krankenkasse)
Allfällige bisherige Zusatzversicherung privat
 halbprivat

Datum

Unterschrift

Hinweis: Über die Aufnahme in den Verein entscheidet nach Prüfung der Unterlagen der Vorstand. Die Aufnahme wird schriftlich eröffnet.