



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)

ich nehme zur Kenntnis, dass ein Anspruch auf ein 1er oder 2er Zimmer nur bei genügender Kapazität besteht.

- 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.