



Lazarus Union Salzburg

Corps Saint Lazarus Salzburg

ZVR: 1995811970

Beitrittserklärung

Familienname / Vorname

Postleitzahl, Ort, Straße

Geburtsdatum, Ort

Beruf

Arzt/Sanitäter/Krankenpfleger/Ersthelfer

Ausbildungen

Telefon/Email:

Ich erkläre hiermit meinen Beitritt als Mitglied zum Verein „Lazarus Union Salzburg“ und nehme die Statuten des Vereines zur Kenntnis. Es werden keine Mitgliedsbeiträge eingehoben. Es steht mir frei, die Vereinstätigkeit finanziell, materiell oder auch durch persönlichen Einsatz zu unterstützen.

Ich erkläre weiter, dass ich keine wie immer geartete Schadensersatz- oder Schmerzensgeldansprüche gegen den Verein oder dessen Organe geltend mache, die ich auf Grund von Schäden oder Verletzungen, welche ich im Rahmen meiner Tätigkeit für das CSLI erleide. Ich verzichte daher ausdrücklich auf eine diesbezügliche Geltendmachung. Die Ausübung meiner Tätigkeit für die Lazarus Union Salzburg erfolgt auf meine eigene Gefahr.

Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten wie von mir im Antrag angegeben, zum Zwecke der Antragsabwicklung durch die Lazarus Union verarbeitet werden. Sie können diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

Datum _____ Unterschrift _____