Beitrittserklärung zum Patronatskomitee

der Schweizerischen Gesundheitsstiftung RADIX

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Titel |  | Funktion |  |
| Organisation |  | Abteilung |  |
| Strasse |  | Postfach |  |
| PLZ |  | Ort |  |
| Telefon |  | E-Mail |  |

Die Höhe des jährlichen Mitgliederbeitrags beträgt CHF 4'500.-.

Die/der Unterzeichnende möchte Mitglied im [Patronatskomitee](https://www.radix.ch/de/ueber-radix/organisation/patronatskomitee/) der Schweizerischen Gesundheitsstiftung RADIX werden:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Unterschrift |  |  |  |
| Ort |  | Datum |  |

Bitte senden Sie die ausgefüllte Beitrittserklärung unterzeichnet per Post oder mit einem persönlichen Begleit-Mail an:

Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX

Rainer Frei

Geschäftsführer

Pfingstweidstrasse 10

8005 Zürich

frei@radix.ch