



**ÄRZTE HELFEN e.V.**

## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich die ordentliche Mitgliedschaft im Verein ÄRZTE HELFEN e.V. zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Landsberger Allee 53  
10249 Berlin

TEL 030 39 20 24 49  
FAX 030 39 20 24 47

info@aerztehelfen.de  
www.aerztehelfen.de

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Postanschrift .....

E-Mail .....

Die Satzung des Vereins habe ich zur Kenntnis genommen.

Ich möchte alle Vereinsinformationen  per Post  per E-Mail erhalten.

Aus Kostengründen werden grundsätzlich alle Mitteilungen per E-Mail an die angegebene Adresse versandt.  
Zu Mitgliedsversammlungen wird grundsätzlich per Post eingeladen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

ÄRZTE HELFEN e.V. erhebt einen Mitgliedsbeitrag i.H.v. 80 EUR pro Jahr. Der Mitgliedsbeitrag kann gegen Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung (Schüler, Studenten, Behinderte, Arbeitslose, Rentner) auf 40 EUR pro Jahr ermäßigt werden.

Den Beitrag entrichte ich gegen Rechnung oder per Einzugsermächtigung:

vierteljährlich im Voraus  halbjährlich im Voraus  jährlich im Voraus

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich ÄRZTE HELFEN e.V. meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von ..... EUR von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber ..... Kontonummer .....

Geldinstitut ..... Bankleitzahl .....

Ort, Datum ..... Unterschrift .....

Interne Vermerke (Bitte nicht ausfüllen.)

.....  
eingegangen am

.....  
Vorstandsbeschluss

.....  
Unterschrift Vorstand

Deutsche Apotheker-  
und Ärztebank

KONTO 78 15 700  
BLZ 300 606 01

Steuernummer  
27/659/52817

Reg.-Nr. VR 28771 B  
Amtsgericht Charlottenburg