ÄRZTE HELFEN e.V.

Landsberger Allee 53
10249 Berlin

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

info@aerztehelfen.de
www.aerztehelfen.de

ANTRAG AUF FÖRDERMITGLIEDSCHAFT (natürliche Person)

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

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Postanschrift .....

E-Mail .....

Die Satzung des Vereins habe ich zur Kenntnis genommen. Der Mindestförderbeitrag für eine natürliche Person beträgt 25 EUR pro Jahr.

Als Jahresbeitrag (Spende) wähle ich:

☐ 25 EUR ☐ 50 EUR ☐ 100 EUR ☐ 200 EUR ☐ ..... EUR

....

Ort, Datum Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im elektronischen Vereinsverwaltungssystem gespeichert werden. Die Daten dürfen außer den Vereinsorganen Dritten nicht zugänglich gemacht 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 .....

* Endet die Mitgliedschaft im Laufe des Kalenderjahres, ist für dieses jedoch der volle Jahresbeitrag zu entrichten.

Interne Vermerke (Bitte nicht ausfüllen.)

....

eingegangen am Vorstandsbeschluss Unterschrift Vorstand