



**ÄRZTE HELFEN e.V.**

## ANTRAG AUF FÖRDERMITGLIEDSCHAFT (juristische Person)

Hiermit beantragen wir die Fördermitgliedschaft 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

Firma .....

Ansprechpartner .....

Postanschrift .....

Telefon .....

E-Mail .....

Die Satzung des Vereins haben wir zur Kenntnis genommen. Der Mindestförderbeitrag für eine juristische Person beträgt 200 EUR pro Jahr.

Als Jahresbeitrag (Spende) wählen wir:

200 EUR     400 EUR     600 EUR     800 EUR     ..... EUR

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift, Stempel

Den Beitrag entrichten wir gegen Rechnung oder per Einzugsermächtigung:\*

vierteljährlich im Voraus     halbjährlich im Voraus     jährlich im Voraus

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtigen wir ÄRZTE HELFEN e.V. den jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von ..... EUR von unserem 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

Deutsche Apotheker-  
und Ärztebank

KONTO 78 15 700  
BLZ 300 606 01

Steuernummer  
27/659/52817

Reg.-Nr. VR 28771 B  
Amtsgericht Charlottenburg