



ÄRZTE HELFEN e.V.

Pfeilstraße 2
13156 Berlin

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

info@aerztehelfen.de
www.aerztehelfen.de

Steuernummer 27/659/52817

Reg.-Nr. VR 28771 B
Amtsgericht Charlottenburg

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

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

Name
Vorname
Geburtsdatum
Postanschrift
E-Mail

Die Satzung des Vereins habe ich zur Kenntnis genommen.

Aus ökologischen und Kostengründen werden grundsätzlich alle Vereinsinformationen per E-Mail an die angegebene Adresse versandt. Zur Mitgliederversammlung wird zusätzlich 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 SEPA-Basislastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber IBAN
Geldinstitut BIC
Ort, Datum Unterschrift

Interne Vermerke (bitte nicht ausfüllen)

.....
eingegangen am

.....
Vorstandsbeschluss

.....
Unterschrift Vorstand