



**ÄRZTE HELFEN e.V.**

## ANTRAG AUF FÖRDERMITGLIEDSCHAFT (juristische Person)

Hiermit beantragen wir die Fördermitgliedschaft im Verein ÄRZTE HELFEN e.V. zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Pfeilstraße 2  
13156 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