



ÄRZTE HELFEN e.V.

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT

Hiermit beantrage ich die ordentliche Mitgliedschaft 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

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