

**ÄRZTE HELFEN e.V.****ANTRAG AUF FÖRDERMITGLIEDSCHAFT (natürliche Person)**

Hiermit beantrage ich 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

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