



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