



Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit trete ich

Name: _____ Vorname: _____

Beruf + Titel: _____

Straße, _____

PLZ + Ort: _____

dem Afghanisch-Deutschen Ärzteverein bei, als _____ (zutreffendes bitte ankreuzen)

ordentliches Mitglied (medizinisches Personal)

Für ordentliche Mitglieder gilt, nach einjähriger Mitgliedschaft, eine Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Ende des Mitgliedsjahres.

Fördermitglied

Die Fördermitgliedschaft ist jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündbar.

Die Mitgliedschaft beginnt am _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt **monatlich**: _____ (gewünschtes bitte ankreuzen)

Euro 10.- **monatlich** (Mindestbeitrag)

Euro (**1x jährl.** 100.- Euro, od. **2 jährl.**x 50.- Euro/Jahr)

Euro 30.- **monatlich**

Euro _____ monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Ich mache eine einmalige Spende in Höhe von Euro _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Afghanisch-Deutschen Ärzteverein widerruflich, den Mitgliedsbeitrag von meinem nachstehend angegebenen Konto durch Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber _____

Konto-Nr. _____ Bankleitzahl _____

Bankverbindung _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____