



Beitrittserklärung

DIE ÄRZTE für AFRIKA e.V.

Schwarzwaldstr. 22
77654 Offenburg
Tel. 0781 – 3 96 95
Fax 0781 – 9 48 15 99
www.die-aerzte-fuer-afrika.de

Ich möchte den gemeinnützigen Verein **DIE ÄRZTE für AFRIKA e.V.** als Fördermitglied unterstützen.

Name _____
Vorname _____
Straße _____
Wohnort _____
Telefon _____ Mobil _____
E-Mail _____

Mit meinem Beitritt als Fördermitglied erkläre ich mich bereit,

30 € 50 € € (mind. 30 €) als Jahresbeitrag zu entrichten.

Der Betrag wird zu Beginn der Fördermitgliedschaft fällig und dann jeweils zu Beginn eines jeden Jahres.

- Ich bin damit einverstanden, dass der Jahresbeitrag von meinem unten angegebenen Konto zum jeweiligen Fälligkeitstermin per Lastschrift eingezogen wird.
- Den ersten Jahresbeitrag habe ich zugunsten von DIE ÄRZTE für AFRIKA e.V. überwiesen.
(Konto-Nr. 0 007 744 110 • BLZ 300 606 01 • Deutsche Apotheker- und Ärztebank Münster)
- Ich bitte um Zusendung einer Spendenquittung.
(Beiträge bis zur Höhe von 200 € werden von den Finanzämtern ohne Zuwendungsbestätigung anerkannt. Der Einzahlungsbeleg/Kontoauszug gilt als Nachweis.)

Ort und Datum

Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Hiermit ermächtige ich DIE ÄRZTE für AFRIKA e.V. widerruflich, meinen Jahresbeitrag zu Lasten des folgenden Kontos bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber: _____

Bank: _____

Kontonummer: _____ BLZ _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber