



Aufnahme-Antrag

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

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein

DIE ÄRZTE für AFRIKA e.V.

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Straße _____
Wohnort _____
Telefon _____ Mobil _____
Fax _____
E-Mail _____
Beruf _____

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung und den gültigen Mitgliedsbeitrag des Vereins an (zurzeit 30,00 Euro/Jahr).

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten zur Vereinfachung der Kontaktaufnahme der Mitglieder untereinander im geschützten Mitgliederbereich der Vereinshomepage veröffentlicht werden.

An der Vereinsarbeit möchte ich mich insbesondere im folgenden Bereich aktiv beteiligen:

Ort und Datum

Unterschrift

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

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

Kontoinhaber: _____

Bank: _____

Kontonummer: _____ BLZ _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber

Offenburg, den _____

Vorstand