



## 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 \_\_\_\_\_