



Doctors
for Ethiopia

Ärzte für Äthiopien e.V.

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in den Verein: Ärzte für Äthiopien e. V. mit Sitz in Sankt-Augustin.

Name: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Geb.: _____

Die Mitgliedschaft kann ich jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich an: Ärzte für Äthiopien e.V. Arnold-Janssen-Straße 32, 53757 Sankt-Augustin kündigen.

_____ Datum

_____ Unterschrift

Diese Anmeldung kann bei jedem Vorstandsmitglied abgegeben werden!



Doctors
for Ethiopia

Ärzte für Äthiopien e.V.

SEPA - Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE 25 3006 0601 0004 151890

Mein jährlicher Beitrag von in Höhe von _____ €

Mein monatlicher Beitrag von in Höhe von _____ €

Mandatsreferenz: Hiermit ermächtige ich den Verein Ärzte für Äthiopien e. V. den jährlichen bzw. monatlichen Mitgliedsbeitrag mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein - Ärzte für Äthiopien e.V. - auf mein Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Bei Austritt aus dem Förderkreis erlischt das Lastschriftmandat automatisch.

_____ Unterschrift



Doctors
for Ethiopia

Ärzte für Äthiopien e.V.

Bankverbindung / Kontoinhaber

Vorname: _____

Name: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kreditinstitut: _____

_____ Datum

_____ Unterschrift

Email: _____