

Aufnahmeantrag



Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied in den Verein „Kieler Ärzte für Afrika e.V.“

Vorname und Name	
Straße	
PLZ / Wohnort	
Geburtsdatum	
Beruf	
Telefon	
Fax	
E-Mail	

Durch meine untenstehende Unterschrift erkenne ich die gültige Satzung des Vereins „Kieler Ärzte für Afrika e. V.“ an.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige hiermit den Verein „Kieler Ärzte für Afrika e.V.“ widerruflich, den fälligen Jahresbeitrag zu Lasten meines untenstehenden Kontos abzubuchen.

Kontoinhaber	
Bank	
Bankleitzahl	
Kontonummer	

Unterschrift des Kontoinhabers

Ergänzende Hinweise zum Aufnahmeantrag

Der Jahresbeitrag beträgt:
für natürliche Personen 120,-Euro
für juristische Personen 1.200,-Euro

Der Jahresbeitrag ist jeweils im Januar fällig.
Wir bitten Sie zwecks Erleichterung des Verwaltungsaufwandes, die umstehende Einzugsermächtigung zu erteilen.

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nur **in schriftlicher Form** bis spätestens am 1.10. zum Jahresende möglich. Die Kündigungserklärung ist an den Vereinsvorstand zu adressieren.

Wenn Sie Interesse haben und helfen möchten, tragen Sie sich bitte in die nachfolgende Liste ein.

Ja, ich möchte helfen:

- Veranstaltungsvorbereitung
- Veranstaltungsdurchführung
- Mitarbeit im Verein
- Mitarbeit vor Ort
- Sachspenden / Geldspenden
- sonstiges _____
- sonstiges _____

Ansprechpartner:

Kieler Ärzte für Afrika e.V.
Vorstand
Prüner Gang 7
24103 Kiel

Telefonnummer: 0431/9741394

www.kaefa.org

Spendenkonto:

Kieler Ärzte für Afrika e.V.
Deutsche Bank Kiel
BLZ: 210 700 20
Kto.-Nr.: 0448449
IBAN: DE85 210 700 200 0448449 00