

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 jährlich fälligen Mitgliedsbeitrag zu Lasten meines untenstehenden Kontos abzubuchen.

Kontoinhaber	
Bank	
Bankleitzahl	
Kontonummer	

Unterschrift des Kontoinhabers

Ergänzende Hinweise zum Aufnahmeantrag

Der Monatsbeitrag beträgt:
für natürliche Personen 10,-Euro
für juristische Personen 100,-Euro

Wir bitten Sie zwecks Erleichterung des Verwaltungsaufwandes, die umstehende Einzugsermächtigung zu erteilen.

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist nur **in schriftlicher Form** bis spätestens 31.09. 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:

1. Vorsitzender Dr. med. Martin Völckers
Sörnskamp 45
24235 Laboe
Tel. 04343/429794
Mail: m.volckers@kielnet.net

2. Vorsitzender Helmut Krieg
Laboer Weg 26
24226 Heikendorf
Tel. 0431-242634
Mail: hel.krieg@kielnet.net