

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit unterstütze ich die Arbeit des Medinetz Essen e.V. / Medizinische Flüchtlingshilfe

als **Vollmitglied** mit einem freiwilligen jährlichen Beitrag von _____ €
(Mitgliedsbeitrag mindestens 5 €/Quartal).

als **Förderer ohne Vereinsmitgliedschaft** mit einer regelmäßigen Spende von
_____ €.

Ich benötige eine **Spendenquittung** (nur für Förderer ohne Vereinsmitgliedschaft).

Ich entscheide mich für folgende Zahlweise:

vierteljährlich

jährlich

Dauerauftrag

Ich erteile eine Ermächtigung zum Einzug des Mitgliedsbeitrages
durch Lastschrift für folgendes Konto:

Kontoinhaber: _____

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Kreditinstitut: _____ (bitte in Druckbuchstaben)

Meine Kontaktdaten:

Vorname, Name: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____

Stadt: _____

E-Mail Adresse: _____

(an diese E-Mail-Adresse Versenden wir auch regelmäßig unsere Mitgliederinformationen, daher bitte unbedingt mit angeben.)

Datum,

Ort,

Unterschrift