Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich,

Name

Vorname **Geb.-Dat.**

Straße **Telefon**

PLZ/Ort **E-Mail**

meinen Beitritt zum Verein ARCHEMED – Ärzte für Kinder in Not e.V.

Die gültige Satzung erkenne ich an.

☐ **Die Mitgliedschaft ist unbefristet. Der aktuelle Jahresbeitrag beträgt 50,--€.**

☐ **Der Mitgliedsbeitrag soll per Lastschrift eingezogen werden.** *(bitte Seite 2 ausfüllen)*

☐ **Der Beitrag wird überwiesen.**

☐ **Abweichend zum satzungsgemäßen Beitrag leiste ich einen freiwilligen Beitrag in Höhe von EURO**

☐ *(eigener Vermerk)*

Ort/Datum **Unterschrift**

Einzugsermächtigung

Gläubiger-Identifikationsnummer DE54AM100000630370

Die Mandatsreferenz bzw. die Mitgliedsnummer wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen ARCHEMED – Ärzte für Kinder in Not e. V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von ARCHEMED auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: **Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.**

Zahlungsart: ☐ **Wiederkehrende Zahlung** ☐ **einmalige Zahlung**

Vorname/Name (Kontoinhaber)

Straße/Haus-Nr.

Postleitzahl/Ort

IBAN *

BIC

* *Die IBAN / BIC finden Sie auf Ihren Bankkontoauszug (nur wenn bekannt)*

Ort/Datum **Unterschrift**

Bitte senden an: ARCHEMED – Ärzte für Kinder in Not e. V., Hauptstr. 15, 59519 Möhnesee E-Mail: info@archemed.org / Fax. 02924 8515013

Die Erlaubnis zur Abbuchung von Dauerspenden kann jederzeit ohne Einhaltung von Fristen widerrufen werden.