

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT „KINDERÄRZTE-NETZ LEIPZIG E.V.“

(Mit Bitte um Blockschrift, Unterschrift und postalische Rücksendung)

Fördermitgliedschaft

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Berufliche Qualifikation/derzeitige Tätigkeit und Arbeitsstelle:

ENTSPRECHEND DER SATZUNG ENTSCHEIDET DER VORSTAND ÜBER DIE AUFNAHME.

.....
DATUM

.....
UNTERSCHRIFT

Die einmalige Umlage bei Aufnahme von **100,00 Euro** überweise ich auf das Konto des Vereins „Kinderärzte-Netz Leipzig e.V.“:

Kto-Nr.: 000 746 9632 / BLZ: 300 60 601/ APO Leipzig.

Sollte ich mich an der Öffentlichkeitsarbeit des Vereins, insbesondere der Internetpräsenz, beteiligen wollen, überweise ich innerhalb von vier Wochen nach Aufnahmebestätigung zusätzlich den einmaligen Beitrag von 500,00 Euro auf das angegebene Konto.

Hiermit erteile ich die **Einzugsermächtigung** für den Mitgliedsbeitrag von 200,00 € pro Jahr von meinem Konto:

Konto-Nr.: _____

BLZ: _____

Bank: _____

.....
DATUM

.....
UNTERSCHRIFT