

## Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
e-mail

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

Die gültige Satzung erkenne ich an.

Ich erteile hiermit die Ermächtigung, den von mir zu entrichtenden jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 50,- € von meinem Konto per Lastschriftverfahren abzubuchen.

Konto Nr. \_\_\_\_\_

Bank \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte senden Sie dieses Formular per Post oder Fax an die unten angegebene  
Anschrift bzw. Faxnummer.