

## Beitrittserklärung Ärzte für Aufklärung, A-2344 Maria Enzersdorf

Hiermit erkläre ich ab \_\_\_\_\_ meinen Beitritt als Mitglied bei **Ärzte für Aufklärung, A-2344 Maria Enzersdorf**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Den aktuellen Jahresbeitrag entnehmen Sie der Beitragsordnung und dieser wird jährlich abgebucht und beträgt

80€ für einzelne Mitglieder - 150€ für Organisationen - 50€ für Ehrenmitglieder pro Jahr

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s) /  
der Organisation

### **Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats**

Identifikationsnummer des Vereins: ZVR1014531277

Mandatsreferenz: **Jahresbeitrag Ärzte für Aufklärung**

Ich ermächtige die Doctors for enlightenment für den Verein **Ärzte für Aufklärung, A2344 Maria Enzersdorf**, Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am (01.01.) jeden Jahres fällig, der anteilige Mitgliedsbeitrag des Eintrittsjahres am (15.) des auf den Eintritt folgenden Monats.

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

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers