

# Mitgliedsantrag

## Medizin und Menschlichkeit e.V.



### PERSONENDATEN

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Status: (berufstätig, Student, erwerbslos): \_\_\_\_\_

Mit dieser Erklärung trete ich Medizin und Menschlichkeit e.V. bei. Durch den Beitritt entstehen gegenüber Medizin und Menschlichkeit e.V. keinerlei finanzielle, materielle sowie sonstige Forderungsansprüche. Die Mitgliedschaft kann jederzeit ohne Fristenhaltung schriftlich gekündigt werden. Eine Rückerstattung von bereits gezahlten Beträgen ist nicht möglich. Der Vorstand von Medizin und Menschlichkeit e.V. behält sich das Recht vor, Mitglieder in begründeten Ausnahmefällen auszuschließen (siehe auch § 4 der Vereinssatzung).

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

Unterschrift (Bei Minderjährigen: Unterschrift des Erziehungsberechtigten) \_\_\_\_\_

### MITGLIEDSBEITRAG

Der jährliche Mitgliedsbeitrag richtet sich nach dem Status und der Einkommenssituation des Mitglieds: „Vollverdiener“ zahlen 35 €, Studenten und erwerbslose Mitglieder zahlen 20€ jährlich (Beschluss der MV 12/2010). Entsprechende Nachweise (z.B. Studienbescheinigung) müssen vom Mitglied rechtzeitig erbracht werden.

Zur einfachen Abwicklung und zur Vermeidung eventuell anfallender Mahnkosten empfehlen wir die Zahlung per SEPA Mandat.

Zahlungsweise: Lastschriftinzug  Überweisung  Bar   
(zutreffendes bitte ankreuzen)

Für mich zutreffender Jahresbeitrag: 35€  20€

### Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften („Einzugsermächtigung“):

Zahlungsempfänger: Medizin und Menschlichkeit e.V. • c/o Anna Hägele • Bürknerstraße 4 • 12047 Berlin

Gläubiger-ID-Nr.: DE48AAA00000628247

Mandatsreferenz-Nr.: \*

Ich ermächtige Medizin und Menschlichkeit e.V. Zahlungen vom u.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Medizin und Menschlichkeit e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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. Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen.

\* Die Mandatsreferenz-Nr. entspricht der Mitgliedsnummer und wird dem Kontoinhaber mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.

Kontonummer: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Name und Adresse Kontoinhaber  
(wenn abweichend vom Mitglied): \_\_\_\_\_

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

Unterschrift Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Kontoinhaber (Druckbuchstaben) \_\_\_\_\_