

allMut – Berliner Verein zur Förderung der ambulanten Krebstherapie in der Frauenheilkunde e. V.

c/o Dr. Peter Klare, Suermondstr. 2, 13053 Berlin

Beitrittserklärung

Name/Titel : Vorname :
Geburtsdatum :
PLZ/Ort : Straße/Nr. :
Telefon : Fax :
e-mail :
Tätigkeit :

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Berliner Verein zur Förderung der ambulanten Krebstherapie in der Frauenheilkunde **allMut e.V.**

Die Satzung des Vereins habe ich zur Kenntnis genommen und wird von mir anerkannt.

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 60,-€(Sechzig) pro Kalenderjahr. Für Schüler, Studenten und Rentner beträgt der Mitgliedsbeitrag 30,-€(Dreißig) pro Kalenderjahr. (Stand 2003)

Datum : Unterschrift :

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Verein bis auf Widerruf, den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto abzubuchen

Name des Kontoinhabers

BLZ

Kontonummer

Bank/Ort

Ort, Datum : Unterschrift :