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

c/o Dr. Peter Klare, Moellendorffstraße 52, 10367 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 mit 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 :