

ADAV – Weimar e.V.
Afghanisch-Deutscher Ärzte-Verein

99423 Weimar, Tel. 03643/493701

Spendenkonto Nr.: 30109852 – BLZ 850 510 00 – Sparkasse Mittelthüringen Weimar

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit trete ich:

Name: _____

Adresse: _____

Beruf: _____

Tel./e-Mail: _____

dem ADAV Weimar als ordentliches Mitglied (medizinisches Personal, Architekten, Bauingenieure)
oder als Fördermitglied bei.

Die Mitgliedschaft beginnt am _____

Der Mitgliedsbeitrag beträgt monatlich:

Euro 3,-- (Mindestbeitrag

Euro _____

Einmalige Spende in Höhe von Euro _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den ADAV Weimar widerruflich, den Mitgliedsbeitrag von meinem
nachstehend angegebenen Konto durch Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber: _____

Bank: _____

Kontonummer _____ BLZ _____

Ort, Datum, Unterschrift: _____

