

Bitte den Aufnahmeantrag und die Einzugsermächtigung unterschreiben und an uns senden! Wir bedanken uns recht herzlich für Ihre Unterstützung.



Verband Kurdischer Ärzte in Deutschland e.V.

Grotestr 15, 30451 Hannover

E-Mail: info@dkav.org

Telefon: +49 (0) 151 55 81 88 64

Fax: +49 (0) 69 46 62 20

## Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich

Titel

Geschlecht:

Name

Vorname

Straße

Nr.

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail-Adresse

Fachbereich / Beruf

Klinik / Praxis

die Aufnahme als ordentliches (aktives) Mitglied in den Verein „Verband Kurdischer Ärzte in Deutschland e.V., Komela Pizîşkên Kurd li Almanyayê“. Ich erkenne den Inhalt der Satzung an und bin mit ihrer Geltung einverstanden.

Im Falle meiner Aufnahme zahle ich einen Mitgliedsbeitrag i.H. von 150,- EUR jährlich. Ich erkläre mich damit einverstanden, den Mitgliedsbeitrag per Einzugsermächtigung von meinem Konto abbuchen zu lassen und werde jede Änderung der Kontoverbindung dem Verein rechtzeitig mitteilen. Der Jahresmitgliedsbeitrag ist von der Steuer absetzbar.

Einen Jahresbeitrag von  möchten Sie bitte von meinem Konto abbuchen.

(Mindestjahresbeitrag 150,- EUR pro Person)

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Bankeinzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Verband Kurdischer Ärzte in Deutschland e.V. die Beiträge von meinem/unseren Konto einzuziehen:

IBAN:

BIC:

Name der Bank:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber/in