

AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft im eingetragenen gemeinnützigen Verein
ÄRZTLICHER KULTURKREIS HAMBURG e.V.

Name, Vorname

.....
Anschrift

Straße, Hausnummer

Telefon (tagsüber):
.....

PLZ, Wohnort

Email:.....
.....

Einladungen und sonstige Mitteilungen bitte an diese Anschrift:
(wenn die obige Anschrift nicht benutzt werden soll)

.....
Die Satzung des Vereins vom 09. Juni 2015 ist mir bekannt.
Mein Mitgliedsbeitrag pro Jahr beträgt:

€

(Mindestbeitrag € 25,00 p.a.)

- Ich bitte um Zusendung einer Spendenbescheinigung.
- Ich überweise automatisch per Dauerauftrag von meinem Konto.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Hamburg, den

.....
Unterschrift

Ärztlicher Kulturkreis Hamburg e.V. in der Ärztekammer Hamburg, Vorsitzende: Dr. Gudrun Schwoerer

Postfach 65 03 47, 22363 Hamburg E-Mail: kulturkreis-hh@web.de

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, BIC: DAAEDEDXXX, IBAN: DE80 3006 0601 0002 8255 89