

„Ladakhpartners-Partnership Local Doctors e.V.“

Mitgliedsantrag zur Fördermitgliedschaft:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geb. (TT.MM.JJJJ) _____

Strasse / Haus-Nr.: _____

PLZ / Wohnort: _____

Land: _____

Telefon: _____

e-Mail: _____

Bemerkungen: _____

Die Vertragsdauer ist auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Die Mitgliedschaft endet, außer durch Tod oder durch den Ausschluss aus dem Verein nur in schriftlicher Form, sie muss bis zum 15. eines Monats eingehen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie beginnt zum ersten des Monats. Der Verein übernimmt keine Haftung!

Ich habe die Satzung des Vereins gelesen und stimme zu.

Ort und Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung Mitgliedsbeitrag:

Ich ermächtige Sie, bis auf Widerruf von meinem Konto

IBAN.: _____ BIC: _____

Kreditinstitut: _____

ab dem (TT.MM.JJJJ) _____

meinen Mitgliedsbeitrag jährlich zum (TT.MM.JJJJ) _____

einzuziehen.

Ort und Datum

Unterschrift