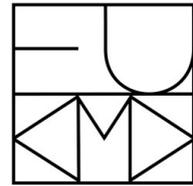


## Beitrittserklärung



Europäische  
Künstlergilde für  
Medizin und Kultur

Hiermit erkläre ich ab \_\_\_\_\_ meinen Beitritt als Mitglied in der  
Europäischen Künstlergilde für Medizin und Kultur, Berlin.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.Datum: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an. Der aktuelle Jahresbeitrag beträgt 30,-€, den wir bitten unaufgefordert jährlich auf das Vereinskonto (Europäische Künstlergilde für Medizin und Kultur i.Gr., IBAN: DE28 3006 0601 0005 8020 00, BIC: DAAEDEDXXX, Deutsche Apotheker- und Ärztebank) zu überweisen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Mitglieds