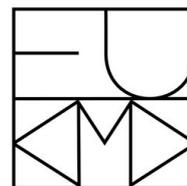


Beitrittserklärung



Europäische
Künstlergilde für
Medizin und Kultur

Hiermit erkläre ich ab _____ meinen Beitritt als Mitglied in der
Europäischen Künstlergilde für Medizin und Kultur, e.V. Berlin.

Name: _____ Vorname: _____
Geb.Datum: _____ Straße: _____
Beruf: _____ 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 e.V., IBAN: DE28 3006 0601 0005 8020 00, BIC: DAAEDEDXXX, Deutsche Apotheker- und Ärztebank) zu überweisen oder das SEPA-Lastschriftmandat zu nutzen.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige den Verein - Europäische Künstlergilde für Medizin und Kultur e.V. – Sitz in Berlin, Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Mitgliedsbeitrag wird als Jahresbeitrag am (01.02.) jeden Jahres fällig. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut:	_____	BIC:	_____
IBAN:	_____		
Kontoinhaber:	_____		

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers