



# BEITRITTSERKLÄRUNG

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den Verein „Ärzte für das Leben e.V.“

Name, Vorname, Titel

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Festnetz

Mobil

E-Mail

Medizinisches Fachgebiet:

## **Mitgliedsbeitrag**

Ich unterstütze „Ärzte für das Leben e.V.“ mit einem Mitgliedsbeitrag von:  
(Ärzte mind. 60,-€/Jahr, Fördermitglieder mind. 30,-€/Jahr, Medizinstudenten sind vom Beitrag befreit.)

Beitrag (€): \_\_\_\_\_

Ich bin Medizinstudent.

Datum, Ort

Unterschrift

## **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige den Verein „Ärzte für das Leben e.V.“ Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein „Ärzte für das Leben e.V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber, falls abweichend vom Antragsteller)

Kreditinstitut Name

BIC

DE

IBAN

Datum, Ort

Unterschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE29AER00000265712  
Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Hinweis zum Datenschutz: Ihre hier eingegebenen Daten werden ausschließlich intern bei den Ärzten für das Leben e.V. verwendet und nicht an Dritte weitergegeben. Sie können der Verwendung jederzeit Widersprechen. Mehr in der Datenschutzerklärung (siehe Homepage: <https://aerzte-fuer-das-leben.de/>). "Spaßanmeldungen" für Dritte werden verfolgt!