

## Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit unterstütze ich die Arbeit des Medinetz Essen e.V. / Medizinische Flüchtlingshilfe

als **Vollmitglied** mit einem freiwilligen jährlichen Beitrag von \_\_\_\_\_ €  
(Mitgliedsbeitrag mindestens 5 €/Quartal).

als **Förderer ohne Vereinsmitgliedschaft** mit einer regelmäßigen Spende von  
\_\_\_\_\_ €.

Ich benötige eine **Spendenquittung** (nur für Förderer ohne Vereinsmitgliedschaft).

### Ich entscheide mich für folgende Zahlweise:

vierteljährlich

jährlich

Dauerauftrag

Ich erteile eine Ermächtigung zum Einzug des Mitgliedsbeitrages  
durch Lastschrift für folgendes Konto:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_ (bitte in Druckbuchstaben)

### Meine Kontaktdaten:

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Stadt: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

(an diese E-Mail-Adresse Versenden wir auch regelmäßig unsere Mitgliederinformationen, daher bitte unbedingt mit angeben.)

\_\_\_\_\_  
**Datum,**

\_\_\_\_\_  
**Ort,**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**