

Aufsuchende Medizinische Hilfe für Wohnungslose Bochum e. V.

Am langen Seil 95b
44799 Bochum

Telefon: 0155 60811508

Fax: 02302 24235

info@medizinische-hilfe-bochum.de

www.medicinische-hilfe-bochum.de

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein „Aufsuchende Medizinische Hilfe für Wohnungslose Bochum e. V.“

Name: _____

Vorname _____

Geb. Datum: _____

Straße _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon _____

E-Mail: _____

Unterschrift: _____

Die Satzung des Vereins ist im Internet einsehbar oder kann auf Wunsch zugesandt werden

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Verein „Aufsuchende Medizinische Hilfe für Wohnungslose Bochum e. V.“, von meinem Konto den jeweils fälligen Mitgliedsbeitrag abzubuchen. Jahresbeitrag z. Zt. € 35,--.

Ich wünsche die jährliche Abbuchung eines höheren Betrages von: _____ €.

IBAN _____

BIC _____

Bank _____

Ort, Datum _____

Unterschrift: _____