

Verein „Aufsuchende Medizinische Hilfe für Wohnungslose Bochum e. V.“

Vorsitzender: Dr. Paul Weyand
c/o Jutta Niederkinkhaus, Haarholzer Str. 14
44797 Bochum

Tel.: 234/791836
Fax: 0234/795949

Beitrittserklärung

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

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ / Wohnort _____

Telefon _____

Telefax _____

e-Mail-Adresse _____

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. Stempel

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.--. Bei Beginn der Mitgliedschaft innerhalb des Jahres: **€ 3,00 € pro angefangenen Monat.**

Ich wünsche die jährliche Abbuchung eines höheren Betrages = _____ €

Kto. Nr. _____ bei _____

BLZ _____

Ort, Datum

Unterschrift

(Die Satzung des Vereins kann auf Wunsch angefordert werden.)