

Beitrittserklärung

hiermit beantrage ich,

Name, Vorname:

Straße:

PLZ/ Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

e-mail:

die Mitgliedschaft in der Vereinigung „Alumni und Freunde des Fachbereichs Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität“ Frankfurt/Main.

Jahresbeitrag

- | | | |
|------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Student | kostenfrei | Ich bin bereit über den Mitgliedsbeitrag hinaus jährlich Euro zu zahlen. |
| <input type="checkbox"/> Arzt in Weiterbildung | 25,- Euro | |
| <input type="checkbox"/> Einzelmitglied | 50,- Euro | |
| <input type="checkbox"/> Firma/Organisation | 500,- Euro | |

Die folgenden Angaben helfen, unsere Angebote auf Ihre Interessen abzustimmen:

Tätigkeitsfeld:

Studium/Ausbildung an der Uni Frankfurt: Ja Nein

Unterschrift

Ort, Datum

Alumni und Freunde des Fachbereichs Medizin e.V.
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE13ZZZ00000431579

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Alumni und Freunde des Fachbereichs Medizin e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Alumni und Freunde des Fachbereichs Medizin e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Name, Vorname:
(Kontoinhaber)

Straße:

PLZ/ Ort:

IBAN:

BIC:

Unterschrift Kontoinhaber

Ort, Datum