

Datum \_\_\_\_\_

## Einzugsermächtigung für den Verein demokratischer Ärzt\*innen

Ich bin einverstanden, dass bis auf Widerruf mein Vereinsbeitrag für den vdää abgebucht werden kann von diesem Konto:

**IBAN:** \_\_\_\_\_

**BIC** \_\_\_\_\_

**Bank** \_\_\_\_\_

Ab: \_\_\_\_\_ (bitte entsprechendes Datum angeben).

Die Abbuchung soll folgendermaßen erfolgen:

jährlich = € \_\_\_\_\_  ½-jährlich = € \_\_\_\_\_

¼-jährlich = € \_\_\_\_\_

Der monatliche Mindestbeitrag für Berufstätige beträgt 8 €, für Student\*innen / Arbeitslose / Rentner\*innen 3 €

**Name:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ und Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_