

Datum _____

Einzugsermächtigung für den Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Ich bin einverstanden, dass bis auf Widerruf die Vereinsbeiträge für den vdää

von Konto Nr. _____

IBAN: _____

bei Bank _____

Bankleitzahl _____

BIC _____

abgebucht werden ab: _____ (bitte entsprechendes Datum angeben).

Die Abbuchung soll folgendermaßen erfolgen:

jährlich = € ½-jährlich = €

¼-jährlich = €

Der monatliche Mindestbeitrag für Berufstätige beträgt 8 €, für StudentInnen / Arbeitslose / RentnerInnen 3 €

Name: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____