



Engagiert helfen...

Beitrittserklärung

Ich möchte dem gemeinnützigen Verein für Internationale Medizinische Zusammenarbeit (VIMZ e.V.) als zahlendes Mitglied beitreten:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____ Fax: _____

- Ich zahle den Jahresbeitrag von € 180,-
- jährlich (€180,-)
 halbjährlich (€ 90,-)
 vierteljährlich (€ 45,-)
 monatlich (€ 15,-)
- Ich zahle den ermäßigten Jahresbeitrag von _____
- Schülerin/Schüler, Studentin/Student, Auszubildende
- € 36,- im Jahr € 3,- im Monat
- Ich möchte gerne einen höheren Jahresbeitrag von € _____ zahlen.
- Ich ermächtige VIMZ e.V. den Mitgliedsbeitrag von folgendem Konto abzubuchen:
Diese Einzugsermächtigung kann jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.
- Kontoinhaber/in: _____
- BLZ: _____ Konto Nr.: _____
- Ich überweise den Mitgliedsbeitrag auf das Konto der Hamburger Sparkasse
 BLZ: 200 505 50, Konto Nr.: 1009213628
- Ich möchte projektgebunden spenden € _____ für Ecuador € _____ für Tansania
- Ich benötige eine Spendenbescheinigung

Ort/Datum

Unterschrift