

bitte senden an:
IPPNW Geschäftsstelle
Körtestraße 10, 10967 Berlin
Fax: 030 / 6938166

Beitrittserklärung

Ja, ich möchte IPPNW Mitglied werden

Name _____

Vorname _____ Titel _____

Straße/ Hausnr. _____

PLZ/Ort _____

Email _____ Beruf _____

Ich überweise den Mitgliedsbeitrag vierteljährlich jährlich
auf das IPPNW-Konto Nr. 2222210; Bank für Sozialwirtschaft;
BLZ 100 205 00

oder

Ich ermächtige die IPPNW widerruflich den von mir zu entrichtenden Betrag
über _____ Euro bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

vierteljährlich jährlich einzuziehen.

Geldinstitut/Ort _____

Konto-Nr _____ BLZ _____

Weitere Informationen werden mir zugeschickt.

Datum / Unterschrift _____

Mitgliedsbeitrag pro Jahr

Arzt/Ärztin & Psychotherapeut/Psychotherapeutin: 120 Euro / Fördermitglied: 52 Euro /
Studierende: 32 Euro

Wichtiger Hinweis: Die IPPNW ist als gemeinnützig anerkannt. Ihr Beitrag ist steuerlich
abzugsfähig. Eine Förderbescheinigung erhalten Sie jeweils zu Beginn des Folgejahres.