

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
 monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

auf das IPPNW-Konto Nr. 2222210; Bank für Sozialwirtschaft;
BLZ 100 205 00, IBAN DE3910020500000222210, BIC BFSWDE33BER

oder

(Das Formular für die Erteilung eines SEPA - Lastschriftmandats finden Sie auf der Rückseite.)

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.

Erteilung eines SEPA - Lastschriftmandats

Ich (Wir) möchte(n) den Verein IPPNW e.V. ab dem _____ mit meinen (unseren) **Mitgliedsbeitrag**

monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

in Höhe von insgesamt _____ Euro bis auf weiteres unterstützen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen IPPNW e.V., Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir) unser Kreditinstitut an, die vom IPPNW e.V. auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Emailadresse

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

bei Kreditinstitut:

BIC (ersatzweise Bankleitzahl)

IBAN (ersatzweise Kontonr.)

Datum und Unterschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE16IPP00000010836

Mandatsreferenz: wird im Zuge der Bestätigung mitgeteilt

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich (uns) der Verein IPPNW e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

Mitgliedsbeitrag pro Jahr: **Arzt/Ärztin:** 120 EUR **Fördermitglied:** 52 EUR **Studierende:** 32 EUR