

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. 1159325101 bei der GLS Gemeinschaftsbank;
BLZ 430 609 67, IBAN DE23 4306 0967 1159 3251 01, BIC GENODEM1GLS

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: 150 Euro / Fördermitglied: 60 Euro /
Studierende: 36 Euro

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

