



Beitrittserklärung

Familienname: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Beruf: _____

Straße/Nummer: _____

Postleitzahl: _____

Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: **männlich** _____ **weiblich** _____

Telefon / Fax/Handy _____

E-Mail: _____

**Die Aufnahmegebühr beträgt 15 €, der Jahresbetrag 55 € (5 x 11 €);
somit werden 70 € beim Eintritt fällig.**

Mitgliedschaft / Familienmitgliedschaft

Erwachsene jährl. 55 €

Ehepartner jährl. 27,50 €

Student jährl. 27,50€

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC/SWIFT: _____

Bank: _____

Lastschrift: lt. unserer Satzung sind wir verpflichtet, den Beitrag per Lastschrift einzuziehen. Die Mitgliedschaft wird wirksam, wenn der erste Jahresbeitrag im Voraus bezahlt wurde.

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, alle weiteren Beiträge im Voraus (jährlich) von meinem Konto einzuziehen.

Datum, eigenhändige Unterschrift

**Bitte Antrag senden an: Ärztefanclub Mainz 05 e.V. Matthias Maurer, Hockenberger Höhe 5
65207 Wiesbaden**