



# MalawiMed e.V.

## ERKLÄRUNG DER MITGLIEDSCHAFT

Hiermit werde ich Mitglied im Verein „MalawiMed e.V.“ und melde mich verbindlich an:

Name Mitglied

Straße/ Hausnummer:

Postleitzahl und Wohnort:

Telefon

E-Mail:

Tel.:	Mobil:

Der Mindestjahresbeitrag des Vereins **MalawiMed e.V.** beträgt **10 €**.

- Als jährlichen Mitgliedsbeitrag wünsche ich auf freiwilliger Basis einen Beitrag von \_\_\_\_\_ €
- Ich überweise den Mitgliedsbeitrag fristgerecht auf das Konto:

### MalawiMed e.V.

IBAN: DE11 5335 0000 0020 0034 99

BIC: HELADEF1MAR

Bank: Sparkasse Marburg-Biedenkopf

#### Hinweis:

Mir ist bekannt, dass eine Spendenbescheinigung erst ab einem Spendenbetrag von 50,00 € erstellt und übersandt wird.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 201\_\_

-----  
(Unterschrift)

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG (freiwillig)

Name / Vorname Kontoinhaber(in):

/
---

Hiermit ermächtige ich den Verein „MalawiMed e.V.“ widerruflich, den in der Mitgliedserklärung angegebenen Jahresmitgliedsbeitrag im Voraus mittels Lastschrift von dem unten angegebenen Girokonto einzuziehen.

Ich werde dafür sorgen, dass das Konto die erforderliche Deckung aufweist. Änderungen zur Kontoverbindung und zu meiner E-Mail-Adresse werde ich dem Förderverein mitteilen. Die im Falle der Nichteinlösung entstehenden Gebühren gehen zu meinen Lasten.

Name des Kreditinstituts:

BIC:

IBAN:


\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 201\_\_

-----  
[ Unterschrift Kontoinhaber ]