



Aufnahmeantrag

Ich beantrage hiermit die Aufnahme zur Naturheilpraxis ohne Grenzen e.V. als Fördermitglied

Name

Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Mobil

E-Mail

Geburtsdatum

Ich wähle meinen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von:

50 €/Jahr 100 €/Jahr _____ €/Jahr

Ich möchte unterstützen:

- Praxenteams Duisburg, Essen, NaturheilMobil, Nordfünkchen
- Praxisteam Bremen Praxisteam Bielefeld Praxisteam Frankfurt
- Praxisteam Hamburg Praxisteam Schwerin Verein

Der Mitgliedsbeitrag ist nach Rechnungserhalt innerhalb von 14 Tagen ohne Abzüge fällig. Ich überweise bis auf weiteres den von mir gewählten Förderbeitrag zu Gunsten des Vereines auf folgendes Konto:

Geno Bank Essen IBAN DE 97 3606 0488 0523 2273 00; Verwendungszweck „Mitgliedsnummer, Name“

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung sowie den Mitgliedsbeitrag in der jeweils aktuellen Fassung, als für mich verbindlich an. Die Datenschutzhinweise befinden sich unter <https://naturheilpraxis-ohne-grenzen.de/datenschutz/>

Datum, Ort und Unterschrift

Für Zahlungen bis 300,00 € kann der vereinfachte Spendennachweis (Überweisungsbeleg/ Kontoauszug) genutzt werden. Bei Zahlungen über 300,00 € erhalten Sie eine Zuwendungsbestätigung nach amtlichem Muster an die obige Adresse zur Vorlage beim Finanzamt.

Die Kündigung der Mitgliedschaft kann nur schriftlich zum Jahresende erfolgen. Sie muss dem Vorstand spätestens zum 30.09. des Jahres zugestellt werden.