

Ja, auch ich will mich und andere schützen und beantrage hiermit die Aufnahme als Mitglied in den IMH Internationale Medizinische Hilfe e.V.



Die Mitgliedschaft beginnt vorbehaltlich Zahlungseingang am 1. des auf das Ende der Widerrufsfrist folgenden Monats und verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn sie nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des laufenden Mitgliedsjahres in Schriftform (zweckmäßigerweise per Einschreiben) gekündigt wird. Im Beitrag enthalten ist das Recht auf Inanspruchnahme unentgeltlicher Leistungen gemäß Satzung.

Herr Frau Einzelmitgliedschaft Name

Geburtsdatum Vorname

Herr Frau Familienmitgliedschaft Name

Geburtsdatum Vorname

Straße Nr.

PLZ Ort

Telefon Fax / Email

Gewählter Jahresbeitrag (Keine Spende, da wiederkehrender Beitrag)

€ 48,- € 78,- €

Einzelmitgliedschaft Familienmitgliedschaft Freiwilliger Jahresbeitrag

Die Mitgliedschaft kann für eine einzelne Person oder als Familienmitgliedschaft abgeschlossen werden. Als Familienangehörige zählen der ständige Lebenspartner und die ständig im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres oder soweit sich die Kinder noch in der Ausbildung befinden und noch keinen eigenen Hausstand gegründet haben. Für Einzelmitgliedschaften ist ein Mindestbeitrag von 48 €, für Familienmitgliedschaften von 78 € verbindlich.

Widerrufsbelehrung

Diesen Antrag kann ich innerhalb einer Frist von 14 Tagen nach Unterzeichnung ohne Angaben von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt mit Erhalt dieser Widerrufsbelehrung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Mitgliederservice IMH e.V., Lessingstraße 14, 79312 Emmendingen.

Ort, Datum Unterschrift Mitglied

SEPA-Lastschrift-Mandat (Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE58ZZZ00000173234, Mandatsreferenz-Nr. ist Antrags-Nr.)

Ich ermächtige den IMH e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom IMH e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung, Zahlweise: jährlich

IBAN:

BIC: Bank, Ort

Ort, Datum Unterschrift Mitglied