



Beitrittserklärung in das **Ärzteorchester Hannover e.V.** als förderndes Mitglied

(Stand Januar 2021)

Hiermit trete ich

.....
Name Vorname Geburtstag

.....
PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer

.....
E-Mail-Adresse

als förderndes Mitglied dem **Ärzteorchester Hannover e.V.** per 01. 20..... bei.

Ich möchte das Ärzteorchester Hannover e.V. regelmäßig mit einer Spende in Höhe

von € unterstützen. Von dem Vereinsbeitrag in Höhe von 10 € pro Jahr bin ich als förderndes/passives Mitglied freigestellt.

Ich möchte die Spende jährlich halbjährlich vierteljährlich leisten.

Für den Spendenbetrag wird zu Beginn des Folgejahres eine Spendenbescheinigung ausgestellt.

Ich ermächtige das Ärzteorchester Hannover e. V., die o.g. Spende von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich hiermit mein Kreditinstitut an, die von dem Ärzteorchester Hannover e. V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. (Kontoverbindung und Ermächtigung siehe beigefügtes SEPA-Lastschriftmandat).

Ich wähle kein Lastschriftverfahren und werde den Betrag turnusgemäß auf das Konto des Orchesters überweisen.

Kündigungen der Mitgliedschaft sind mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende schriftlich an den Schriftführer zu erklären.

Ich möchte in den E-Mail-Verteiler des Ärzteorchesters Hannover e.V. aufgenommen werden, um über die Aktivitäten informiert zu sein.

Bei Proben kann ich dazu kommen, um die Orchesterarbeit mit zu verfolgen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Datum
Aufnahmebestätigung durch den Vorstand des Ärzteorchester Hannover e.V.

Webseite www.aerzteorchester-hannover.de

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Hannover Konto-Nr. 002 742 489 (BLZ 300 606 01)
IBAN: DE73 3006 0601 0002 7424 89 BIC: DAAEDEDXXX