

Antrag auf Mitgliedschaft
Homöopathen ohne Grenzen e.V. (HOG)

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei Homöopathen ohne Grenzen

Vorname / Name

Geb.Datum

Straße und Hausnummer

PLZ Ort

Tel.-Nr.

Mobitel.-Nr.

E-Mail-Adresse

Ihre Adressdaten, Tel.-Nr. und E-mail-Adresse verwenden wir nur für vereinsinterne Zwecke entsprechend den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes

Ihre Vorteile:

- ✓ **Jederzeit** zum Ende einer Beitragsperiode **kündbar**
- ✓ **Ermöglicht Mitarbeit in den Projektgruppen**
- ✓ voll **stimm-** und **mandatsberechtigt**
- ✓ Einladung zu den **Mitgliederversammlungen**
Einladungen zu **Veranstaltungen** von HOG
- ✓ Der Mitgliedsbeitrag ist **steuerlich absetzbar!**

Eine Zuwendungsbescheinigung zur Verwendung beim Finanzamt wird Ihnen unaufgefordert zugeschickt.

Der Mitgliedsbeitrag von **monatlich 5,00 €** soll

halbjährlich jährlich

unter Angabe des Verwendungszweckes von folgendem Konto abgebucht werden:

Name des Geldinstitutes

IBAN:

BIC

Ort, Datum

Unterschrift