



Homöopathen ohne Grenzen e.V. (HOG)

Antrag auf Mitgliedschaft

Vorname / Name: _____ Geb. Datum: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

E-Mail: _____

Ihre Adressdaten und E-Mail-Adresse verwenden wir nur für vereinsinterne Zwecke entsprechend den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.

Ihre Vorteile:

- Jederzeit zum Ende einer Beitragsperiode kündbar
- Berechtigung zur Mitarbeit in den Projektgruppen
- Voll Stimm- und Mandatsberechtigt
- Einladung zu den Mitgliederversammlungen und Veranstaltungen von HOG
- Der Mitgliedsbeitrag ist steuerlich absetzbar! Eine Zuwendungsbescheinigung zur Verwendung beim Finanzamt wird Ihnen unaufgefordert zugeschickt.

Hiermit erkläre zur Beitragszahlung in Höhe von monatlich **5,00 €** bereit. Der Mitgliedsbeitrag soll

halbjährlich oder jährlich

unter Angabe des Verwendungszwecks von folgendem Konto abgebucht werden:

Name des Geldinstituts: _____

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

(Ort, Datum) (Unterschrift)