



Homöopathen ohne Grenzen e.V. (HOG) Mitgliedschaft

Vorname / Name: _____ Geb. Datum: _____

Straße / Nr: _____

PLZ / Ort: _____

Email: _____

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 jährlich

unter Angabe des Verwendungszwecks von folgendem Konto abgebucht werden:

Name des Geldinstituts: _____

Bankleitzahl: _____

Kontonummer: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Homöopathen ohne Grenzen e.V.
c/o Naturheilpraxis
Bernstorffstr. 117
22767 Hamburg

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte Homöopathen ohne Grenzen e.V durch meinen Mitgliedsbeitrag unterstützen.

Bitte senden Sie mir die Satzung und weitere Informationen über den Verein .

Mit freundlichen Grüßen