



Aufnahmeantrag

Ich stelle hiermit den Antrag, ADEMEDI Expeditions e.V. beizutreten.

Titel: _____ Vorname*: _____ Nachname*: _____
Straße*: _____ PLZ*: _____ Ort*: _____
E-Mail*: _____ Telefon: _____
Staatsangehörigkeit*: _____ Geburtsdatum*: _____
Beruf: _____ evtl. Facharzt für: _____

**Pflichtfelder*

Zusammensetzung des Mitgliedsbeitrags:

- Vollmitglied** 70 Euro/Jahr
- Familienbeitrag** 90 Euro/Jahr (zusammen mit: _____)
- Studierende** 5 Euro/Jahr (Studienbescheinigung ist beigefügt)
- Förderndes Mitglied** (individueller Beitrag / zusätzliche Leistung mit Vorstand vereinbart)

*Die Mitgliedbeiträge sind nach Erhalt der Beitragsrechnung jährlich zu überweisen.
Als gemeinnützig anerkannter Verein stellen wir Ihnen gerne eine Spendenbescheinigung aus.*

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Information und Betreuung vereinsintern gespeichert und weitergegeben werden. Die vollständige Datenschutzerklärung nach DSGVO finden Sie auf unserer Homepage.

Die Datenschutzerklärung habe ich gelesen und bin damit einverstanden

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Vorstand:
Christian Kühn (1. Vorsitzender)
Nina Hundt (2. Vorsitzende)

Bankverbindung:
Commerzbank Düsseldorf
IBAN: DE85 3004 0000 0155 1662 00
BIC: COBADEFFXXX

eingetragen am Amtsgericht Aachen
Registernummer VR 5604
anerkannt als gemeinnützige Körperschaft
Steuernummer: 201/5905/5859