

Antrag auf Mitgliedschaft bei WE.care e.V.

Hiermit bestätige ich den Beitritt in den gemeinnützigen Verein WE.care e.V. und bin damit einverstanden, einen jährlichen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 70,00 € zu leisten.

- Fördermitglied
- Ich bin Zahnarzt / Zahnärztin / Arzt / Ärztin und bereit an einem WE.care e.V. -Einsatz teilzunehmen
- Ich bin Krankenschwester/Pfleger/ZFA und bereit an einem WE.care e.V. -Einsatz teilzunehmen

Titel: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

- Den Mitgliedsbeitrag von 70,00 € überweise ich auf das Konto von WE.care e.V.

Deutsche Bank Mönchengladbach

IBAN: DE21 3107 0024 0612 6262 00

BIC: DEUTDEDB310

- Hiermit erteile ich WE.care e.V. die Einzugsermächtigung für den jährlichen Mitgliedsbeitrag von 70,00 € von meinem Konto. Die Ermächtigung ist jederzeit widerrufbar.

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Institut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort, Unterschrift