

Antrag auf Fördermitgliedschaft in der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.

Antragsteller_in _____
Name, Vorname

Adresse _____
Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail _____

Geburtsdatum _____
TT.MM.JJJJ (optional)

Ich möchte ein förderndes Mitglied der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd e.V.) werden und stelle hiermit den Antrag auf Aufnahme. Ich bestätige, dass die bvmd e.V. meine Daten elektronisch speichern und an die Ordentlichen Mitglieder in geeigneter Weise veröffentlichen darf.

Die gegenwärtige gültige Satzung, Geschäfts- und Finanzordnung der bvmd e.V. erkenne ich als Grundlage meiner Mitgliedschaft an. Sie ist jederzeit beim Vorstand der bvmd e.V. zu erhalten und steht auf der Homepage der bvmd e.V. (www.bvmd.de) zum Download zur Verfügung.

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift

Zahlungsweise

Der Jahresbeitrag für Fördermitglieder wird in der Satzung festgelegt und beträgt mindestens 25,00 € im Jahr.

- Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich auf das Konto der bvmd e.V. IBAN **DE96 1002 0500 0001 2830 00**, Bank für Sozialwirtschaft, BIC/SWIFT **BFSWDE33BER** überwiesen.
- Hiermit ermächtige ich die bvmd e.V. den Jahresbeitrag i. H. v. _____ € jährlich zum 1. März von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem oben genannten Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. *Hinweis:* Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des_der Kontoinhabenden IBAN

Name des Kreditinstituts BIC/SWIFT

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift

Den unterschriebenen Antrag bitte als Scan per E-Mail an verwaltung@bvmd.de oder postalisch an

bvmd e.V.
Robert-Koch-Platz 7
10115 Berlin