

Fördermitglied werden

Ja, ich möchte die Arbeit von Cap Anamur / Deutsche Not-Ärzte e.V. unterstützen und Fördermitglied werden.

| | |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anrede | |
| Titel | |
| Vorname | |
| Nachname | |
| Straße, Hausnummer | |
| PLZ, Ort | |
| Land | |
| E-Mail | |
| IBAN | |
| BIC | |
| Ich unterstütze Cap Anamur: | <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich |
| Mit einem Betrag von: | <input type="checkbox"/> 10 Euro <input type="checkbox"/> 20 Euro <input type="checkbox"/> 50 Euro <input type="checkbox"/> _____ Euro |

Ihre Adressdaten verwenden wir nur für Förderer-Service und -Information. Die Daten werden nicht weitergegeben.

Eine Kündigung der Mitgliedschaft ist jederzeit ohne Einhaltung von Fristen möglich und wird zum Folgemonat wirksam.

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Cap Anamur / Deutsche Not-Ärzte e.V. mit der Gläubiger-Identifikationsnummer DE66ZZZ00000146900 den Förderbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Ort, Datum und Unterschrift Kontoinhaber