

Einzugsermächtigung für den Verein demokratischer Ärzt*innen

Ich bin einverstanden, dass bis auf Widerruf mein Vereinsbeitrag für den vdää* abgebucht werden kann von diesem Konto:

IBAN: _____

BIC _____

Bank _____

Ab: _____ (bitte entsprechendes Datum angeben).

Die Abbuchung soll folgendermaßen erfolgen:

jährlich = € _____ ½-jährlich = € _____

¼-jährlich = € _____

Der monatliche Mindestbeitrag für Berufstätige beträgt **8 €**, für Student*innen / Arbeitslose / Rentner*innen **3 €**.

Darüber hinaus schlagen wir als Monatsbeiträge folgende Richtwerte zur Selbsteinschätzung vor: Assistenzärzt*innen: **12 €**

Niedergelassene Ärzt*innen und angestellte Fachärzt*innen: **20 €**

Name: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Email: _____

Telefon: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____