

Bitte den ausgefüllten Bogen in einem Fensterbriefumschlag oder per Fax versenden.

An den
MHB Förderverein
c/o Medizinische Hochschule Brandenburg (MHB)
Fehrbelliner Straße 38
16816 Neuruppin

Per Fax (03391) 39-14109

Absender:

Vor- und Zuname, akademischer Grad

_ Firma, Verein oder Verband

_ Straße, Hausnummer

_ PLZ, Ort

_ Telefon

Ja, ich will mitfördern und beantrage hiermit meinen Beitritt zum MHB Förderverein:

[Bitte ankreuzen:]

- Mitgliedschaft als Privatperson
 Mitgliedschaft als Firma, Verein oder Verband
 Mitgliedschaft als Studierende/r

Jahresbeitrag 36 EUR
Jahresbeitrag 120 EUR
Jahresbeitrag 24 EUR

**Zu meinem Mitgliedsbeitrag möchte ich den
Förderverein unterstützen durch eine:**

- Einmalige Spende in Höhe von: _____
 Jährliche Spende in Höhe von: _____

**Ich erteile eine Einzugsermächtigung als SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug des
Jahresbeitrages.** Unabhängig von meinem Eintritt erfolgt der Einzug **jährlich zum 1.
Februar.**

Mitgliedsbeiträge und Spenden sind gegenüber dem Finanzamt steuerlich abzugsfähig.
Sie erhalten von uns jährlich automatisch eine Spendenbescheinigung.

Mitgliedsbeitrag: _____ EUR Spende: _____ EUR Gesamtsumme: _____ EUR

IBAN: _____ BIC: _____

Geldinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

Ort, Datum : _____

Unterschrift(en): _____