

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): \_\_\_\_\_