



Dentists for Africa

Dentists for Africa
Belvederer Allee 25
99425 Weimar

Aufnahmeantrag - Antwortschreiben

Vielen Dank für Ihr Interesse an Dentists for Africa e.V. Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt an oben genannte Adresse. Mehr Informationen erhalten Sie unter info@dentists-for-africa.org oder Tel. 49 (0) 3634 6048592.

Name, Vorname	Geb. Datum
Straße	PLZ, Wohnort
Tel. Festnetz	Tel. Mobil
E-Mail	Beruf

- Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei Dentists for Africa e.V. Der Jahresbeitrag beträgt für Ärzte und Zahnärzte € 100, für Nichtmediziner € 25.
- Ich bin bereit meinen Jahresbeitrag durch eine Spende auf folgende Summe zu erhöhen: _____ €.
- Ich interessiere mich für einen Hilfseinsatz in Afrika und bitte um Kontaktaufnahme.
- Ich bin an der Übernahme einer Patenschaft für ein Waisenkind interessiert und bitte um Kontaktaufnahme und weitere Informationen.
- Ich möchte ein Waisenkind mit einer persönlichen Patenschaft unterstützen und bitte um die Vermittlung eines Mädchens bzw. Jungen im Alter von ca. _____ Jahren.
- Ich möchte Patenkinder von Dentists for Africa als Patenschaftsförderer mit einem monatlichen/jährlichen Beitrag von _____ Euro unterstützen.
- Ich möchte an der Edelmetall-Spendenaktion teilnehmen und bitte um Kontaktaufnahme und weitere Informationen.

Dentists for Africa e.V.

Belvederer Allee 25, 99425 Weimar

Phone: +49 (0) 3634 6048592, Fax: +49 (0) 3634 6048591, Internet: www.dentists-for-africa.org, Email: info@dentists-for-africa.org

Spendenkonto allgemein IBAN DE86 8205 1000 0140 0467 98, BIC HELADEF1WEM

Spendenkonto Patenschaften IBAN DE24 8205 1000 0140 0515 03, BIC HELADEF1WEM

Registergericht: Amtsgericht Sömmerda, VR 150571, Finanzamt Erfurt: Steuernummer 151/141/03427, Vereinssitz: Bahnhofstraße 21, 99610 Sömmerda

Für die Mitgliedschaft gelten die Satzung und die Ordnungen des Vereins (nachzulesen unter <http://www.dentists-for-africa.org/de/organisation/satzung>). Diese erkenne ich mit meiner Unterschrift an. Persönliche Daten werden nur im Rahmen der Erforderlichkeit von Abrechnung und Betreuung ihrer Mitgliedschaft oder des Hilfseinsatzes von Dentists for Africa e.V. erfasst bzw. verarbeitet. Sie werden nicht an externe Personen weitergegeben.

Hiermit ermächtige ich Dentists for Africa widerruflich, meinen/unseren zu entrichtenden Mitgliedsbeitrag zu Lasten des u.a. Kontos bei Fälligkeit durch Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber (falls abweichend): _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift