



Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V.

Beitrittserklärung

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Betätigungsfeld: _____

Die Satzung des AKF ist mir bekannt.

Datum / Unterschrift: _____

Der Jahresbeitrag beträgt

regulär	€ 80,00
als Fördermitglied	€ 120,00
ermäßigt*	€ 40,00

* Auszubildende, Studierende, Arbeitslose (bitte Nachweis einreichen)

Er soll in Höhe von € _____

mittels unten stehender Einzugsermächtigung erhoben werden.

Einzugsermächtigung

Hiermit beauftrage ich Sie, im Rahmen meiner Mitgliedschaft den Jahresbeitrag für den Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF®) jährlich von meinem Konto einzuziehen (nicht zulässig für Sparkonten).

Kto-InhaberIn: _____ Kto-Nr.: _____

Kreditinstitut: _____ BLZ: _____

Beitrag: € _____

Dieser Auftrag hat solange Gültigkeit, bis ich ihn dem AKF gegenüber schriftlich widerrufe.

Datum / Unterschrift: _____