

**ADAV – Weimar e.V.**  
Afghanisch-Deutscher Ärzte-Verein

99423 Weimar, Tel. 03643/493701

**Spendenkonto Nr.: 30109852 – BLZ 850 510 00 – Sparkasse Mittelthüringen Weimar**

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit trete ich:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Tel./e-Mail: \_\_\_\_\_

dem ADAV Weimar als ordentliches Mitglied (medizinisches Personal, Architekten, Bauingenieure)  
oder als Fördermitglied bei.

Die Mitgliedschaft beginnt am \_\_\_\_\_

Der Mitgliedsbeitrag beträgt monatlich:

Euro 3,-- (Mindestbeitrag

Euro \_\_\_\_\_

Einmalige Spende in Höhe von Euro \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

---

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den ADAV Weimar widerruflich, den Mitgliedsbeitrag von meinem  
nachstehend angegebenen Konto durch Lastschrift einzuziehen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Kontonummer \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

