



Dental HealthCare Rwanda e.V.



## Dental HealthCare Rwanda e.V. (DHCR)

Aufnahmeantrag

Änderungsmitteilung

Mitgliedsnummer.:

Anrede: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Tel.Nr.: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, als Mitglied öffentlich genannt zu werden. Mit meiner Unterschrift erkenne ich den Jahresbeitrag und die Satzung des Vereines an. Der Austritt kann jederzeit durch schriftliche Erklärungen gegenüber einem Mitglied des Vorstandes aus dem Verein erfolgen. Sollten bei meinem Austritt noch Zahlungen an den Verein ausstehen, werde ich diese umgehend leisten. Der Jahresbeitrag beläuft sich auf 49,- Euro und wird einmal jährlich eingezogen. Erstmalig nach Eingang des Aufnahmeantrages.

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

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Verein Dental HealthCare Rwanda (DHCR) e.V., den Beitrag von meinem nachstehend genannten Konto einzuziehen. Mir ist bekannt, dass das kontoführende Institut nicht verpflichtet ist, die Lastschrift bei nicht ausreichender Kontodeckung einzulösen.

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

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

Name des Kreditinstitutes: \_\_\_\_\_

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

Dental HealthCare Rwanda (DHCR) e. V.

Anschrift: Dental HealthCare Rwanda (DHCR) e.V., Buchhofstrasse 1, D-32351 Stemwede  
Internet: [www.dentalhealthcarerwanda.de](http://www.dentalhealthcarerwanda.de) Kontakt: [sglatzel@dentalhealthcarerwanda.de](mailto:sglatzel@dentalhealthcarerwanda.de)

(eingetragen im Vereinsregister unter VR 594 am 19.11.2009, Amtsgericht Lübbecke, D-32312)