

Antrag auf Fördermitgliedschaft im MediNetz Würzburg e.V.

MediNetz Würzburg e.V.

Postfach 6168, 97011 Würzburg

Antrag auf Fördermitgliedschaft im MediNetz Würzburg e.V.

Hiermit beantrage ich,

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____
PLZ/Wohnort _____
Straße/Haus-Nr. _____
Telefon _____
E-Mail _____

die Aufnahme als Fördermitglied in das MediNetz Würzburg e.V. ab dem _____.

Zur Zahlung eines jährlichen Geldbetrages in Höhe von _____ Euro (mindestens jedoch 30 Euro) erkläre ich mich bereit.

Auszug aus der Satzung:

§ 3 Mitgliedschaft

6. Für die Fördermitgliedschaft gelten folgende, besondere Konditionen:

a) Förderndes Mitglied kann jede natürliche oder juristische Person werden. Die Fördermitgliedschaft dient ausschließlich der finanziellen Unterstützung der ideellen Vereinszwecke. Fördermittel können nicht zurückverlangt werden.

b) Fördermitglieder haben keine Stimmrechte im Verein. Sie sollen in den Gremien angemessen zu Wort kommen und gehört werden.

c) Wünsche nach Zweckbindung von Fördermitteln sollen möglichst berücksichtigt werden; ein Anspruch auf Zweckbindung besteht nicht.

7. Ein Mitglied kann aus dem Verein ausgeschlossen werden, wenn es in grober Weise gegen die Vereinsinteressen verstoßen hat. Über einen Ausschluss entscheidet der Vorstand. Dem/Der Auszuschließenden ist vor der Beschlussfassung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

8. Gegen die Ablehnung der Aufnahme und gegen den Ausschluss aus dem Verein kann die betroffene Person binnen eines Monats nach Zugang der Entscheidung schriftliche Beschwerde beim Vorstand einlegen. Über die Beschwerde entscheidet die nächste Mitgliederversammlung. Die Beschwerde gegen den Ausschluss hat aufschiebende Wirkung.

9. Die Mitgliederversammlung kann jede natürliche und juristische Person, die sich besonders um den Verein verdient gemacht hat, zum Ehrenmitglied ernennen.

Ort, Datum/Unterschrift

Antrag auf Fördermitgliedschaft im MediNetz Würzburg e.V.

MediNetz Würzburg e.V.

Postfach 6168, 97011 Würzburg

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE46ZZZ00001890835

Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige das MediNetz Würzburg e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom MediNetz Würzburg e.V. auf mein Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Jährlich wiederkehrende Zahlungen

Vorname und Nachname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen)

Ort

Datum

Unterschrift