

## Verein „Aufsuchende Medizinische Hilfe für Wohnungslose Bochum e. V.“

Vorsitzender: Dr. Paul Weyand  
c/o Jutta Niederkinkhaus, Haarholzer Str. 14  
44797 Bochum

Tel.: 234/791836  
Fax: 0234/795949  
Mail: [jutta@niederkinkhaus.de](mailto:jutta@niederkinkhaus.de)  
[www.medizinische-hilfe-bochum.de](http://www.medizinische-hilfe-bochum.de)

### Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum  
Verein „Aufsuchende medizinische Hilfe für Wohnungslose Bochum e. V.“

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefax \_\_\_\_\_

e-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, ggf. Stempel

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich den Verein „Aufsuchende medizinische Hilfe für Wohnungslose Bochum e. V.“, von meinem Konto den jeweils fälligen Mitgliedsbeitrag abzubuchen.

**Jahresbeitrag z. Zt. € 35.--.** Bei Beginn der Mitgliedschaft innerhalb des Jahres: **€ 3,00 € pro angefangenen Monat.**

**Ich wünsche die jährliche Abbuchung eines höheren Betrages = \_\_\_\_\_ €**

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

bei \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(Die Satzung des Vereins kann auf Wunsch angefordert werden.)