

Palästinensische Ärzte und
Apothekervereinigung
Deutschland e. V.



إتحاد الأطباء والصيادلة الفلسطينيين
المانيا . إتحاد مسجل

Mitgliedschaftsantrag

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in die Palästinensische Ärzte- und Apothekervereinigung Deutschland e. V.

Name : _____

Vorname: _____

Straße : _____

PLZ/Ort : _____

Tel: _____

E.Mail: _____

Fachgebiet _____

Ich ermächtige die PÄAV Deutschland e.V. widerruflich , die von mir zu entrichtenden Zahlungen des jährlichen Mitgliedsbeitrages (Bitte ankreuzen)

- 180 Euro Niedergelassene und Angestellte Zahn-/Tier-/Ärzte/Apotheker
 60 Euro Sonstige

Bei Fälligkeit zu lasten meines Girokontos:

Kontoinhaber(falls abweichend) : _____

Bank: _____

IBAN: _____

Ich versichere die Richtigkeit der o.g. Angaben .

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Kontoführenden Kreditinstitut (siehe oben) keine Verpflichtung zur Einlösen .Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen .

Datum/Unterschrift

1.Vorsitzender : Nafe Ashour Ludorffstr. 36 58644 Iserlohn Tel 0157 74435235

E.Mail : info@paav.de , WWW.PAAV.de

Deutsche Apotheker- und Ärzte Bank , IBAN DE 43 3006 0601 0008 7448 07

Amtsgericht Charlottenburg · Vereinsregister Nr. 18612 B · Steuernummer: 132/5902/3459

Gemeinnützig anerkannt durch das Finanzamt Wuppertal-Elberfeld

Anlage 1 zum Bescheid vom 19.11.2018