

## Mitgliedserklärung

Ich werde Mitglied im Förderverein der Freunde und Absolventen der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen e.V.

Ich unterstütze den Verein mit einer Spende in Höhe von Euro.....

Name, Vorname

Adresse

Telefon/Fax/E-Mail

Beruf

Datum/Unterschrift

Bankeinzug gewünscht: Ja/nein

**IBAN**

DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

BIC des Kreditinstituts \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_

Unterschrift