

Bitte senden Sie diese Beitrittserklärung an:

**IPPNW-Geschäftsstelle**  
**Frankfurter Allee 3**  
**10247 Berlin**

**Fax: 030 / 693 8166**

.....

## Ja, ich möchte IPPNW-Mitglied werden.

**Online-Antrag unter: [www.ippnw.de/bit/mitglied-werden](http://www.ippnw.de/bit/mitglied-werden)**

Name: ..... Vorname: .....

Titel: .....

Straße, Hausnr.: .....

PLZ, Ort: .....

E-Mail: ..... Beruf: .....

**Ich überweise den Mitgliedsbeitrag:**

monatlich       vierteljährlich       halbjährlich       jährlich

auf das IPPNW-Konto bei der GLS Gemeinschaftsbank:

IBAN DE23 4306 0967 1159 3251 01, BIC GENODEM1GLS

**Ich ermächtige die IPPNW, den Beitrag von meinem Konto einzuziehen.**

Bitte wenden! Das Formular für das SEPA-Lastschriftmandat finden Sie auf der Rückseite.

Datum, Unterschrift .....

**Mitgliedsbeitrag pro Jahr:** Ärzt\*innen & Psychotherapeut\*innen: 150 Euro  
Fördermitglied: 60 Euro | Studierende: 36 Euro

**Hinweis:** Die IPPNW ist als gemeinnützig anerkannt. Ihr Beitrag ist steuerlich abzugsfähig.  
Eine Spendenbescheinigung erhalten Sie jeweils zu Beginn des Folgejahres.

Weitere Informationen zu Ihrer Mitgliedschaft senden wir Ihnen per Post zu.



## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich/wir unterstütze/n den Verein IPPNW e.V. ab dem ..... mit meinem/unserem Mitgliedsbeitrag in Höhe von insgesamt ..... Euro  monatlich  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich.

Ich/wir ermächtige/n die IPPNW e.V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die vom IPPNW e.V. auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Vorname und Name Kontoinhaber\*in .....

E-Mail .....

Straße, Hausnr. .... PLZ, Ort .....

bei Kreditinstitut: .....

BIC (ersatzweise Bankleitzahl) .....

IBAN (ersatzweise Konto-Nr.) DE \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift .....

**Gläubiger-Identifikationsnummer:** DE16 IPP0 000 0108 36

**Mandatsreferenz:** wird im Zuge der Bestätigung mitgeteilt

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich/uns der Verein IPPNW e.V. über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.

**Mitgliedsbeitrag pro Jahr:** Ärzt\*innen & Psychotherapeut\*innen: 150 Euro | Fördermitglied: 60 Euro  
Studierende: 36 Euro