



Armut und Gesundheit  
in Deutschland e.V.

**Geschäftsstelle**

Zitadelle 1F  
55131 Mainz  
Tel.: 06131/6279071  
Fax: 06131/6279182  
info@armut-gesundheit.de  
www.armut-gesundheit.de

An:  
Armut und Gesundheit  
in Deutschland e.V.  
Zitadelle 1F  
55131 Mainz

**Hinweis:** Den ausgefüllten und  
unterschriebenen Antrag einfach  
per Post oder Fax an die  
Geschäftsstelle schicken.  
Auch per E-Mail nehmen wir Ihren  
Antrag gerne entgegen unter:  
**mitglieder@armut-gesundheit.de**

**Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft  
im Verein Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.**

**Pflichtangaben**

Anrede/ggf. Titel*:		
Name*:		
Vorname*:		
Anschrift*:		
PLZ, Wohnort*:		
Telefon/Mobil:		
E-Mail:		

**Jährlicher Mitgliedsbeitrag (bitte ankreuzen)**

- Normalbeitrag** ..... 30,00 €
- Juristische Personen** ..... 90,00 €
- Gewünschter Mitgliedbeitrag** .....  €  
(mind. 10 €, für juristische Personen mind. 90 €)

**Unsere Kontodaten:**

**Mainzer Volksbank e.G. Mainz**  
Inh.: Armut und Gesundheit  
in Deutschland e.V.  
**IBAN:** DE24 5519 0000 0001 9190 18  
**BIC:** MVBMD55

- Ich habe die [Satzung](#) und [Datenschutzerklärung](#) des Vereins zur Kenntnis genommen.
- Bitte senden Sie mir Neuigkeiten zum Verein per E-Mail zu.  
Sie haben jederzeit die Möglichkeit, sich mit einer E-Mail an [mitglieder@armut-gesundheit.de](mailto:mitglieder@armut-gesundheit.de) wieder abzumelden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Hiermit erteile ich bis auf Widerruf an „Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.“ die Erlaubnis, ab Unterschriftsdatum die fälligen Jahresbeiträge von meinem Konto abzubuchen.

**Name, Vorname:**

**Anschrift:**

**Name Bank:**

**IBAN:**

**Beitrag in €:**

Ich überweise selbstständig per Dauerauftrag

---

Ort, Datum

---

Unterschrift