



CULINARY



MEDICINE

Deutschland e.V.

Verein zur Förderung von Forschung und Bildungsangeboten in den Bereichen Gesundheits-, Ernährungs-, Verbraucherbildung und Bildung für nachhaltige Entwicklung

Culinary Medicine Deutschland e.V.

Geschäftsstelle
Mitgliederbetreuung
Zur Quelle 2a
D-48341 Altenberge

Telefon 0541 347513-00
Telefax 0541 347513-90
E-Mail mitmachen@culinarymedicine.de

Beitrittsantrag

Bitte ausfüllen und zurückschicken

*Mindestbeiträge:

Natürliche Person
100,00 € pro Jahr
(Studenten, Schüler, SGB II, XII ermäßigt)
18,00 € pro Jahr

Universitäten/Hochschulen
500,00 € pro Jahr

Firmen, Institutionen, Verbände
bis zu 100 Mitarbeitern oder Mitgliedern
500,00 € pro Jahr

Firmen, Institutionen, Verbände
mit mehr als 100 Mitarbeitern oder Mitgliedern
1.500,00 € pro Jahr

Ja, ich möchte Fördermitglied bei Culinary Medicine Deutschland e.V. werden

Mein/Unser Jahresbeitrag in Euro* _____

Frau Herr Titel / akad.Grad _____

Vorname _____

Nachname _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

SEPA-Lastschriftmandat

DATENVERARBEITUNG

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre personenbezogenen Daten für die Bearbeitung Ihrer Mitgliedschaft durch Culinary Medicine Deutschland e.V. erhoben, gespeichert und genutzt werden.

Unsere Datenschutzerklärung:
www.culinarymedicine.de/datenschutz

STEUERVORTEILE

Zuwendungen und Mitgliedsbeiträge an Culinary Medicine Deutschland e.V. sind steuerlich abzugsfähig. Sie erhalten unaufgefordert eine Zuwendungsbestätigung.

Ich ermächtige Culinary Medicine Deutschland e.V. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE21ZZZ00001830078), Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Basis-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Culinary Medicine Deutschland e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber

Vorname / Name _____

Straße / Nr. _____

PLZ / Ort _____

IBAN _____

Ort / Datum _____

Unterschrift _____

Öffentlichkeitsarbeit

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, als Mitglied von Culinary Medicine Deutschland e.V. im Rahmen seiner Öffentlichkeitsarbeit genannt zu werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____



CULINARY



MEDICINE

Deutschland e.V.

Verein zur Förderung von Forschung und Bildungsangeboten in den Bereichen Gesundheits-, Ernährungs-, Verbraucherbildung und Bildung für nachhaltige Entwicklung

Culinary Medicine Deutschland e.V.

Geschäftsstelle
Mitgliederbetreuung
Zur Quelle 2a
D-48341 Altenberge

Telefon 0541 347513-00
Telefax 0541 347513-90
E-Mail mitmachen@culinarymedicine.de

Spendenerklärung

Bitte ausfüllen und zurückschicken

Ja, ich möchte Culinary Medicine Deutschland e.V. unterstützen

Spendenbetrag in Euro _____

Frau Herr Titel / akad. Grad _____

Vorname _____

Nachname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Bankverbindung

DATENVERARBEITUNG

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre personenbezogenen Daten für die Bearbeitung Ihrer Zuwendung durch Culinary Medicine Deutschland e.V. erhoben, gespeichert und genutzt werden. Unsere Datenschutzerklärung: www.culinarymedicine.de/datenschutz.

STEUERVORTEILE

Zuwendungen und Mitgliedsbeiträge an Culinary Medicine Deutschland e.V. sind steuerlich abzugsfähig. Sie erhalten unaufgefordert eine Zuwendungsbestätigung.

Ihre Zuwendung überweisen Sie bitte auf das folgende Konto von

Culinary Medicine Deutschland e.V. bei:

Bank: **Volksbank Münsterland-Nord eG**

IBAN: **DE07 4036 1906 4118 7342 00**

BIC: **GENODEM1IBB**

Öffentlichkeitsarbeit

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, als Förderer von Culinary Medicine Deutschland e.V. im Rahmen seiner Öffentlichkeitsarbeit genannt zu werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____