



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

Bergstr. 15

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

Bergstr. 15

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 _____