



MEDI Berlin-Brandenburg
Keithstraße 39
10787 Berlin

Fax: 030-61288305 / Mail: medi@mediberlin.de

Antrag Fördermitglied MEDI Berlin-Brandenburg

Ich _____ (Name), möchte MEDI weiterhin unterstützen und behalte meine vollen Mitgliedsrechte einschließlich Stimmrecht. Ich entrichte jährlich:

(bitte ankreuzen)

- Weiterhin den vollen Mitgliedsbeitrag in Höhe von 100€.
- Folgenden reduzierten Betrag in Höhe von _____ €.
- Freiwillig einen höheren Beitrag in Höhe von _____ €.

Ort, Datum, Unterschrift