



Nationales Aktionsbündnis Impfen NABI e. V.
Schützenstraße 6A
10117 Berlin

Bitte per E-Mail an office@buendnis-impfen.de oder im Fensterumschlag an uns senden.

Antrag auf Mitgliedschaft

Ich beantrage die Mitgliedschaft im Nationalen Aktionsbündnis Impfen NABI e.V. als

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐

natürliche Person

Name, Vorname

☐

juristische Person

Name der Firma/Institution inkl. Rechtsform

☐

juristische Person
als Fördermitglied

Name, Vorname der Vertreterin/des Vertreters

Für die Vervollständigung unseres Mitgliederverzeichnisses erbitten wir folgende Angaben:

Straße und Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Telefax

E-Mail

Datum

Web-Adresse

Unterschrift, Stempel



Mitgliedsbeitrag

Laut Anlage 1 der Satzung des Nationalen Aktionsbündnis Impfen NABI e.V. in der Fassung vom 21.06.2023 (Beitragsordnung Nationales Aktionsbündnis Impfen NABI e.V.) beträgt der Mitgliedsbeitrag für:

- | | |
|---|------------|
| - natürliche Personen jährlich mindestens | 85,00 € |
| - juristische Personen jährlich mindestens | 3.000,00 € |
| - juristische Personen als Fördermitglied jährlich mindestens | 5.000,00 € |

(Beschlissen auf der Mitgliederversammlung am 21.06.2023)

Die Mitgliedschaft gilt für ein Jahr und verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn sie nicht spätestens drei Monate vor Ende des jeweiligen Kalenderjahres gekündigt wird.