

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt als

- () ordentliches Mitglied
() außerordentliches Mitglied (Satzung § 3,3)

in das

Ärztetenetz Oberland e. V.

Postanschrift :

Postfach 117, 83731 Hausham

Tel. Nr.: 08026 – 929 47 82
08026 – 929 47 83

Fax Nr.: 08026 – 393 4600

E-Mail. : info@aerztenetzoberland.de

Die Aufnahmegebühr und der Jahresbeitrag betragen 120,00 €.

Ein Exemplar der Satzung habe ich erhalten

Bitte senden Sie mir ein Exemplar der Satzung zu

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Praxisadresse

.....
Tel. Nr.

.....
Fax. Nr. *

.....
E-Mail *

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

* E-Mail und Fax obligat

Einzugsermächtigung:

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Beitragszahlung in Höhe von jährlich 120,00 € durch Lastschrift einzuziehen.

Name der Bank:

IBAN:

BIC:

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s. o) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift