

„Ärztebündnis Werra-Meissner e.V.“



Beitrittserklärung

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft im Verein
„**Ärztebündnis Werra-Meissner e.V.**“ und erkenne die Satzung,
sowie die Beitragszahlungen in der jeweils beschlossenen Höhe an.

Name: Vorname:

Geb.-Datum:

PLZ, Ort: Strasse:

Tel. Praxis: Tel. priv:

E-mail:

Der Verein wird widerruflich ermächtigt, die Beiträge ab von folgendem
Konto einzuziehen:

IBAN: BIC:

Name des Geldinstitutes:

Kontoinhaber:

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine persönlichen Daten, für Verwaltungszwecke des
Vereins, gespeichert werden.

.....
Ort, Datum, Unterschrift

.....
Ort, Datum, Unterschrift
des Kontoinhabers