

Beitrittserklärung „Förderverein Allgemeinmedizin der Landkreise Altötting und Mühldorf a. Inn“

Verein: Förderverein Allgemeinmedizin der Landkreise Altötting und Mühldorf a. Inn

Anschrift: Gemeinschaftspraxis Reischach, Erlbacher Str.2, 84571 Reischach

E-Mail: info@landaerzte-reischach.de

Ich erkläre hiermit den Beitritt zum oben genannten Verein.

Persönliche Daten

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	

Mitgliedschaft

Ich beantrage die Aufnahme als

- Ärztin / Arzt
- Weiterbildungsassistentin / Weiterbildungsassistent
- Medizinstudentin / Medizinstudent
- Fördermitglied

Beitrag

Der Mitgliedsbeitrag beträgt jährlich/monatlich :. 50 €

Der Beitrag wird jeweils zum 01.01. fällig.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Förderverein Allgemeinmedizin der Landkreise_Altötting und Mühldorf a. Inn, Zahlungen für den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Förderverein Allgemeinmedizin der Landkreise Altötting und Mühldorf a. Inn 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.

Angaben zum Zahlungspflichtigen

Name, Vorname (Kontoinhaber):	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Kreditinstitut:	
IBAN:	
BIC:	

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins (vom Verein auszufüllen):

Mandatsreferenz (vom Verein auszufüllen).
