

Mitgliedsantrag

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den Verein „Ärztenez Fürth e.V., Stadt und Landkreis Fürth“. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins mit Rechten u. Pflichten an.

Titel:
Name
Vorname
Geb.

Privatanschrift

Straße, Nr. PLZ / Ort
Telefon Fax
E-Mail

Praxisadresse

Straße, Nr. PLZ / Ort
Telefon Fax
E-Mail Internet

Unterschrift Datum, Ort

SEPA-Lastschriftmandat



Hiermit ermächtige ich den Vorstand des Vereins „ Ärztenetz Fürth e.V., Stadt und Landkreis Fürth“ widerruflich den jährlich anfallenden Mitgliedsbeitrag von 65 Euro bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 03 ZZZO 0000 1090 40

IBAN

Kreditinstitut

BIC

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ / Ort

Unterschrift

Datum, Ort