

# Mitgliedsantrag

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den Verein „Ärztenetz 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