Mitgliedsantrag

Ärztenetz Fürth
Stadt und Land

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

Bitte senden an: ÄNF-Büro, z.H. Frau Runkel, Grasweg 44, 90556 Seukendorf
Fax: 0911 / 975 49 91 | Tel. Rückfragen unter 0911 / 75 20 310 (Dienstag + Donnerstag vormittags)

SEPA-Lastschriftmandat

Ärztenetz Fürth
Stadt und Land

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 ZZZ0 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 _____

Bitte senden an: ÄNF-Büro, z.H. Frau Runkel, Grasweg 44, 90556 Seukendorf
Fax: 0911 / 975 49 91 | Tel. Rückfragen unter 0911 / 75 20 310 (Dienstag + Donnerstag vormittags)