

**„Das Ärztebündnis“
Werra - Meißner e. V.**



Beitrittserklärung

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft im Verein „Das Ärztebündnis Werra – Meißner“ und erkenne die Satzung , sowie die Beitragszahlungen in der jeweils beschlossenen Höhe an.

Name: Vorname:

Geb.-Datum:

PLZ, Ort: Strasse :

Tel. Praxis : Tel. priv :

Email:.....

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

Bankleitzahl: Konto-Nr.

Name des Geldinstitutes:

Kontoinhaber:

Ich nehme zur Kenntnis, dass meine persönlichen Daten für Verwaltungszwecke des Vereins , auf Computer gespeichert sind.

.....
Ort, Datum, Unterschrift

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