

Beitrittserklärung

zum

Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V.

(Tel. 03928 69 170 - Fax 03928 900555 – E-Mail info@haev-san.de)

Bitte senden an:

Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V.
Grabenstraße 9
39218 Schönebeck

Ich erkläre hiermit rechtsverbindlich meinen Beitritt zum Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V.

Titel: _____ Name: _____ LAN: _____

Straße: _____ BSNR: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Niedergelassen als: _____ Niedergelassen seit: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-mail : _____

Der Monatsbeitrag beträgt 20,00 € für niedergelassene und angestellte Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Hausärzte.

Ärzte in Weiterbildung, Medizinstudenten und nichtberufstätige Mitglieder (Rentner) sind beitragsfrei.

Datum

Unterschrift/Stempel

Gläubiger-Identifikationsnummer DE06ZZZ00001239909

die Mandatsreferenz: Mitgliedsbeitrag

Ich ermächtige den Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V. 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Postleitzahl und Ort

Straße und Hausnummer

Kreditinstitut

IBAN: DE __ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC: ____ | ____ | ____

Datum

Unterschrift/Stempel