

BEITRITTSERKLÄRUNG zum Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V.

Telefon (0 39 28) 6 91 70 • Fax (0 39 28) 90 05 55 • BdASA@t-online.de

Bitte senden an:

Hausärzteverband Sachsen-Anhalt e.V.
Margaretenstraße 2

39218 Schönebeck

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

Titel/Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Niedergelassen als: _____

Telefon: _____ Fax: _____ eMail: _____

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

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

Datum

Unterschrift/Stempel

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschriftverfahren (Mitgliedsbeitrag)

Hiermit ermächtige ich Sie widerruflich, die von mir zu entrichtende Zahlungen wegen Beitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines

Girokonto Nr. _____ Bankleitzahl _____

Kreditinstitut _____

Name/Anschrift _____

mittels Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum

Unterschrift/Stempel