

Verband mitarbeitender ArztpartnerInnen e.V.



Geschäftsstelle: Winterstraße 24, 85253 Erdweg
Tel. 0700 86286238, Fax 0700 27983728, E-Mail: info@arztpartnerinnen.de

Aufnahmeantrag (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Hiermit beantrage ich meinen Beitritt mit Wirkung zum _____

- als ordentliches Mitglied mit einem Jahresbeitrag von
 mindestens 139,- € oder 149,- € oder 159,- € (bitte gewünschte Beitragshöhe ankreuzen)
- als förderndes Mitglied mit einem Jahresbeitrag von mindestens 139,- €

Die Satzung liegt mir vor nicht vor.

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Tel (Praxis) : _____ Fax (Praxis): _____

Tel (Privat) : _____ Fax (Privat): _____

E-Mail : _____

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine Mitgliedsdaten elektronisch erfasst, aktualisiert und für Leistungen im Rahmen der Mitgliedschaft genutzt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass ich künftig vom VmA e. V. einen Newsletter erhalte. Bitte schicken Sie mir diesen an die o. g. E-Mail Adresse
Meine Daten werden auf keinen Fall an unbefugte Dritte weitergegeben. Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit widerrufen.
- Nein, ich bin nicht einverstanden, dass meine E-Mail Adresse für Angebote genutzt wird.

Datum und Unterschrift

- Hiermit ermächtige ich den Verband mitarbeitender ArztpartnerInnen (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE83ZZZ0000113005) den Mitgliedsbeitrag bis auf Widerruf einmal jährlich im 1. Quartal im SEPA-Lastschriftverfahren von meinem Konto mit folgender IBAN _____
Abweichende/r Kontoinhaber/in: _____
bei der _____ BIC _____ abzubuchen.

Datum und Unterschrift