Ärztenetz Groß-Umstadt/Otzberg e.V.

**Lutz-Krauß-Straße 12  
64823 Groß-Umstadt**

**Tel.: 06078/3517  
Fax: 06078/931510**

An

Dr. Klaus Lehmann

Kassenwart Ärztenetz Groß-Umstadt/Otzberg

Untere Marktstraße 11

648223 Groß-Umstadt

**Beitrittserklärung**

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein

***Ärztenetz Groß-Umstadt/Otzberg e.V.*** als

O ordentliches Mitglied

O außerordentliches Mitglied gemäß §3 der Satzung,

O Fördermitglied welche mir ausgehändigt wurde.

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Praxis-Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Privat-Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_.\_\_\_.\_\_\_ Tel. Praxis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Privat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Einzugsermächtigung**

Ich gestatte bis auf Widerruf, dass mein Mitgliedsbeitrag gemäß §5 der Satzung von

meinem Konto abgebucht wird.

Kontoinhaber \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bank: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_