

Ärztenez Groß-Umstadt/Otzberg e.V.

Lutz-Krauβ-Straße 12
64823 Groß-Umstadt

Tel.: 06078/3517
Fax: 06078/931510

An
Dr. Klaus Lehmann
Kassenwart Ärztenez Groß-Umstadt/Otzberg
Untere Marktstraße 11
648223 Groß-Umstadt

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein

Ärztenez Groß-Umstadt/Otzberg e.V. als

- ordentliches Mitglied
 außerordentliches Mitglied
 Fördermitglied

gemäß §3 der Satzung,
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 _____