

Ärztlicher Club Wiesbaden e.V.



ÄRZTLICHER CLUB WIESBADEN E.V.
WIR MACHEN DIE MEDIZIN

Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein

zum _____
Tag/Monat/Jahr

NAME VORNAME GEBURTSDATUM

BERUF STRASSE , PLZ , WOHNORT

PRAXISADRESSE

Tel./Fax E-Mail

Hiermit stimme ich zu, dass meine E-Mail-Adresse im Verteiler der Korrespondenz zwischen dem Ärzte Club Wiesbaden e.V. und mir auch für die anderen Mitglieder des Ärzte Club Wiesbaden e.V. sichtbar ist.

Unterschrift und Stempel * des Mitgliedes

Für die Vereinsbeiträge nutze ich das Lastschriftverfahren auf der folgenden Seite.

NUR zu Vereinszwecken (vom Verein auszufüllen)

Durch Beschluss des Vorstandes Erfasst
Mitgliedschaft begründet

Datum Datum

Unterschrift

Mitgliedschaft beendet

Funktionen

Datum

