

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

SEPA-Lastschriftmandat (wiederkehrende Zahlungen)

Zahlungsempfänger (Gläubiger):



ÄRZTLICHER CLUB WIESBADEN E.V.
WIR MACHEN DIE MEDIZIN

Ärztlicher Club Wiesbaden e.V.
Vorstand Dr. Susanne Springborn
Neue Schulstraße 7
65207 Wiesbaden

Gläubiger-ID:
DE24ZZZ00001767168
Mandatsreferenz:
ACWIBT

Nachname, Vorname

Ich ermächtige den Ärzte-Club Wiesbaden e.V. einmalig die Aufnahmegebühr und jährlich den Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Ärzte-Club Wiesbaden e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber / Kontoinhaberin)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

_____|_____
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE ____|_____|_____|_____|_____|_____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

Hinweis: die persönlichen Daten werden zu Vereinszwecken während der Mitgliedschaft gespeichert. Einer Weiterverwendung an Dritte zu Vereinszwecken wird nicht * widersprochen. * Nichtzutreffendes streichen