

Beitrittserklärung zum Bonner Ärzte-Verein e.V.

Hiermit beantrage ich meine Mitgliedschaft im Bonner Ärzte-Verein e.V.
Der Jahresbeitrag beträgt gegenwärtig € 30,00.

Ich/wir ermächtige(n) den Bonner Ärzte-Verein e.V. widerruflich, den von mir/uns zu entrichtenden Jahresbeitrag bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos durch Lastschrift einzuziehen.

Bitte diese Felder ausfüllen, ausdrucken und an

Bonner-Ärzteverein e.V.
Kronprinzenstr.62
53173 Bonn

senden.

Vielen Dank!

~~~~~

Konto-Nr:

BLZ:

## **Privat**

Titel :

Name, Vorname :

Geburtsdatum :

Straße, Hausnummer :

PLZ, Ort :

Telefon :

Fax :

Email :

## **Praxis / Tätigkeitsort**

Straße, Hausnummer :

PLZ, Ort:

Telefon :

Fax :

Email :

Fachrichtung:

---

Unterschrift