



Bonner Ärzte-Verein e.V.

Beitrittserklärung

Eine Mitgliedschaft im Bonner Ärzte-Verein e.V. bringt Ihnen vielfältige Vorteile, beispielsweise den fachlichen Austausch im Netzwerk oder die Teilnahme an Netzwerkveranstaltungen und Fortbildungen.

Für nur 50 Euro jährlich profitieren Sie von dem Angebot des Bonner Ärzte-Vereins e.V. und dessen Aktivitäten.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular inklusive der unterschriebenen Einzugsermächtigung an folgende Adresse:

Bonner Ärzte-Verein e.V.
Am Propsthof 3

53121 Bonn

Wir freuen uns darauf, Sie als Mitglied im Bonner Ärzte-Verein e.V. begrüßen zu dürfen!



Bonner Ärzte-Verein e.V.

Angaben zur Person

Privat

Titel: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

eMail: _____

Praxis

Praxisname: _____

Fachrichtung: _____

Website: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

eMail: _____

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass meine Praxisdaten, Website und ggf. Bilder für Vereinsangelegenheiten verwendet und veröffentlicht werden dürfen (z. B. für das Mitgliederverzeichnis auf der Homepage des Bonner Ärztevereins).

Datum: _____ Unterschrift: _____

Hiermit bestätige ich meinen Beitritt zum Bonner Ärzte-Verein e.V.

Datum: _____

Unterschrift: _____



Bonner Ärzte-Verein e.V.

SEPA-Lastschriftmandat

Bonner Ärzte-Verein e.V.

Am Propsthof 3, 53121 Bonn

Ich ermächtige den Bonner Ärzte-Verein e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bonner Ärzte-Verein e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Bonner Ärzte-Verein e.V. zieht den Mitgliedsbeitrag in Höhe von 50.00 EUR jährlich zum 06.09. mit einer SEPA-Basis-Lastschrift von den Konten der Mitglieder ein.

Gläubiger-Identifikationsnummer DE85ZZZ00000800435

Die Mandatsreferenz-Nummer erhalten Sie gesondert mit dem Begrüßungsschreiben.

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):

Name des Kreditinstituts:

BIC: _____

IBAN: _____

Datum, Ort und Unterschrift _____