

Beitrittserklärung zum Ärzteverbund Oberpfalz Nord e.V.

Name und Titel in Druckbuchstaben

Praxisname und Anschrift

Ich möchte aufgenommen werden als ordentliches Vollmitglied (haus- und fachärztliche Vertragsärzte in Einzel- oder Praxisgemeinschaft mit Versorgungsschwerpunkt in der nördlichen Oberpfalz);
240,- € Mitgliedsbeitrag pro Jahr

Fachgebiet(e):

Zusatzbezeichnung(en):

Zusatzgenehmigungen:

Hausarzt Arbeitsunfälle

Kontaktdaten:

LANR

BSNR

Telefon (Praxis)

Fax (Praxis)

eMail (Praxis / Firma)

Homepage

private eMail (nur zur internen Verw.)

Mobil (nur zur internen Verw.)

Die aktuell gültige Satzung habe ich zur Kenntnis genommen und erkläre mich sowohl inhaltlich als auch insbesondere mit den Zielen des Netzes einverstanden. Die halbjährliche Kündigungsfrist zum 01.01. bzw. 01.07. habe ich zur Kenntnis genommen.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer **DE14ZZZ00000398484**

Mandatsreferenz (wird nachgetragen) _____

Ich ermächtige den Ärzteverbund Oberpfalz Nord e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Ärzteverbund Oberpfalz Nord 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.

_____ Kontoinhaber

_____ Anschrift

_____ / _____
 Kreditinstitut (Name) Kreditinstitut (BIC, zweiter Teil optional)

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

_____, den _____
 Ort Datum Unterschrift