

AUFNAHMEANTRAG/EINZUGSERMÄCHTIGUNG



Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein.

.....
Titel, Name, Vorname

.....
Praxisadresse (Straße, PLZ, Ort)

.....
Telefon

.....
Emailadresse

.....
Fax

.....
Datum

.....
Unterschrift

Hiermit ermächtige ich den Verein Hausärzte Erlangen und Umgebung e. V., den Jahresbetrag von 70,00 € (in Worten: siebenzig) von meinem folgenden Konto einzuziehen.

IBAN DE ____ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

BIC _____

Diese Ermächtigung kann ich jederzeit widerrufen und es besteht keine Verpflichtung zur Zahlung, wenn das Konto nicht gedeckt ist.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Daten mit meiner Praxisadresse bis auf Widerruf auf der Homepage des Vereins Hausärzte Erlangen und Umgebung e.V. veröffentlicht werden:

.....
Titel, Name, Vorname

.....
Fachrichtung

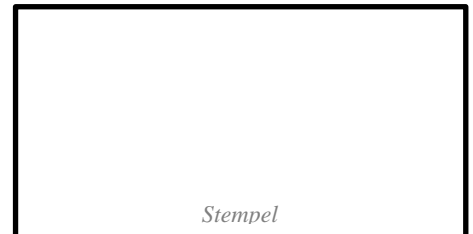
.....
Praxisadresse (Straße, PLZ, Ort)

.....
Telefon

.....
Emailadresse/Homepage

.....
Fax

.....
Ort, Datum, Unterschrift



Diesen Antrag bitte senden an:

Fax :09133-606 9877 oder per Post: Thomas Wunderlich, Neue Straße 79, 91096 Möhrendorf

Vorsitzende:

Thomas Wunderlich
Neue Straße 79
91096 Möhrendorf
info@arztpraxis-moehrendorf.de
Tel: 09133.1580, Fax: 6069877

HAUSÄRZTE ERLANGEN UND UMGEBUNG e.V.
Dr. med. Peter Eggenwirth
Dorfstraße 56
91056 Erlangen
info@dr-eggenwirth.de
Tel. 09131-992177, Fax: 995441