

# Mitgliedsantrag

Ärzteverein Buer Horst e.V.



Ärzteverein  
Buer Horst e.V.

Ärzteverein Buer Horst e.V. · c/o KVWL/Ärztekammer WL  
Lübecker Str. 17-19 · 45889 Gelsenkirchen · Tel 0209 923600 · Fax 0209 9236024

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Ärzteverein Buer Horst e.V. und erkenne die Satzung an. Ein Exemplar der der Satzung habe ich erhalten.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Akademischer Titel: \_\_\_\_\_

Dienstanschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon, Fax, Mobil dienstlich: \_\_\_\_\_

Tätig als: \_\_\_\_\_

niedergelassen/  
Krankenhausabteilung: \_\_\_\_\_

Privatanschrift (fakultativ): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon, Fax, Mobil privat: \_\_\_\_\_

Gelsenkirchen, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# SEPA- Lastschriftmandat



Ärzteverein  
Buer Horst e.V.

Ärzteverein Buer Horst e.V.

Zur Arbeitserleichterung und zur Schonung der Mitgliederkasse bitten wir um die Erteilung einer Einzugsermächtigung.

Der Mitgliederbeitrag beträgt derzeit 60,00 Euro pro Jahr.  
Der Mitgliedsbeitrag wird jährlich eingezogen.

Zahlungsempfänger:     Ärzteverein Buer Horst e.V.  
                                  c/o KVWL/Ärztekammer WL  
                                  Lübecker Str. 17-19  
                                  45889 Gelsenkirchen

Ich ermächtige den Ärzteverein Buer-Horst e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Ärzteverein Buer Horst e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Gelsenkirchen, \_\_\_\_\_

Unterschrift des Kontoinhabers

Datenschutzhinweis:

Die im Mitgliedsantrag erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zur Verwaltung der Mitgliedschaft im Ärzteverein Buer Horst e.V. verwendet. Die Verarbeitung erfolgt gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen.