Ärzteverein Dithmarschen

Aufnahmeantrag

Name	
Vorname	
Geboren am	
Straße	
PLZ / Praxisort	
Telefon	
Fax	
Email	
Homepage	

Ich beantrage die Aufnahme in den Ärzteverein Dithmarschen zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

…… ……. ……..……

Datum *Unterschrift* *Praxisstempel*

Bankeinzugsermächtigung

Ich ermächtige den Ärzteverein Dithmarschen, den jährlichen Beitrag von meinem Konto

IBAN: ..... BIC: .....

einzuziehen. (Kann jederzeit storniert oder widerrufen werden)

…… ……. ……..……

Datum *Unterschrift* *Praxisstempel*

Formular bitte ausdrucken und ausgefüllt per Post, Fax oder per E-Mail an die Kassenwartin des Vereins senden: Dr. med. Astrid Makowski, Koogstraße 43, 25541 Brunsbüttel, Fax: 048528376599, E-Mail: Mail@astrid-makowski.de