

Fürstenfeldbrucker Ärztenetz e. V.
 c/o Manfred Spann GmbH
 Rudolf-Diesel-Str. 17
 86899 Landsberg

gerne zurück auch
 per Mail: faen@praxisnetz-bayern.de
 oder Fax: 08191 657129-79

Beitritt zum Fürstenfeldbrucker Ärztenetz e. V.

Hiermit erkläre ich rechtsverbindlich meinen Beitritt zum Fürstenfeldbrucker Ärztenetz e.V.

Titel, Vor- u. Nachname:			
Praxisadresse:			
Geburtsdatum:			
LANR:		BSNR:	
Telefon:		FAX:	
E-Mail:			
Homepage:			
Fachgebiet(e): Schwerpunkt(e):			
Praxiskonstellation (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> ÖBAG	<input type="checkbox"/> ÜBAG mit MVZ <input type="checkbox"/> ÜBAG ohne MVZ <input type="checkbox"/> MVZ	
Arztstatus (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Zulassung → ggf. GP-Partner sind: <input type="checkbox"/> Anstellung → in Praxis:		

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Beitragsordnung als verbindlich an und erkläre, dass ich die Ziele des Vereins nach besten Kräften unterstützen werde.
 Die Datenschutzerklärung für Vereinsmitglieder habe ich erhalten. Ich willige in die Datenverarbeitung ein.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

--	--

SEPA - Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

FAEN e.V.
c/o Manfred Spann GmbH
Rudolf-Diesel-Str. 17
86899 Landsberg am Lech

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE66FAE00001113311

Die Mandatsreferenznummer teilen wir Ihnen gesondert mit.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtigen FAEN e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von FAEN e.V. auf mein/unser 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.

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift(en)

--	--