

Fürstenfeldbrucker Ärztenetz e. V.
 c/o Manfred Spann GmbH
 Holzhauser Str. 10
 86899 Landsberg

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):			
Gemeinschafts- praxispartner sind:			
Angestellter Arzt/Ärztin bei:			

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 Holzhauser Str. 10 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)

--	--