

Ärzteverein Altkreis Ahaus e.V.

www.ärzteverein-alkreis-ahaus.de



Aufnahmebogen für Neumitglieder

Mit Unterzeichnung dieses Antrags erkläre ich meinen Wunsch, dem Ärzteverein Altkreis Ahaus beizutreten. Die in der Vereinssatzung (s.Homepage) in der Fassung von 4/2009 formulierten Ziele des Vereins erkenne ich vollinhaltlich an.

Im Falle meiner Aufnahme ermächtige ich den Ärzteverein mit gesondertem Schreiben, die jährlich zu entrichtenden Beitragszahlungen bei Fälligkeit per SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen.

Die Höhe des Mitgliedsbeitrages beträgt derzeit (im Jahr 2014/2015) 30,- € Jahr, Senioren (ab 70.Lj.) frei.

Antragsteller(in):

Titel, Vorname, Zunahme:

Geb.datum:

Ärztliche Gebietsbezeichnung :

Art der Tätigkeit:

selbständig

angestellt bei/im

nicht berufstätig

als:

Anschrift privat (markieren, wenn **diese** Adresse für die Korrespondenz des ÄV bevorzugt verwendet werden soll)

Straße, PLZ , Ort:

Tel.: Handy Email:

Anschrift dienstlich: (markieren, wenn **diese** Adresse für die Korrespondenz des ÄV bevorzugt verwendet werden soll)

Straße, PLZ , Ort:

Tel.: Fax: Email:

Datum :

Unterschrift :

Stempel:

Mitglied werden im
Ärzteverein Altkreis-Ahaus e.V.