



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 absenden oder faxen an den Kassenwart des Vereins:
Dr. med. Joachim Klatt, Möhlnbarg 9, 25725 Schafstedt, Tel.: 04805/376, Fax: 04805/386