

ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT „KINDERÄRZTE-NETZ LEIPZIG E.V.“

(Mit Bitte um Blockschrift, Unterschrift und postalische Rücksendung)

Ordentliche Mitgliedschaft

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Berufliche Qualifikation/derzeitige Tätigkeit und Arbeitsstelle:

ENTSPRECHEND DER SATZUNG ENTSCHEIDET DER VORSTAND ÜBER DIE AUFNAHME.

.....
DATUM

.....
UNTERSCHRIFT

Die einmalige Umlage bei Aufnahme von **100,00 Euro** zzgl. **300,00 Euro** für die Internetpräsenz und weitere Öffentlichkeitsarbeit im ersten Jahr überweise ich auf das Konto des Vereins „Kinderärzte-Netz Leipzig e.V.“:

Kto-Nr.: 000 746 9632 / BLZ: 300 60 601/ APO Leipzig.

Hiermit erteile ich die **Einzugsermächtigung** für den Mitgliedsbeitrag von 50,00 € pro Jahr von meinem Konto:

Konto-Nr.: _____

BLZ: _____

Bank: _____

.....
DATUM

.....
UNTERSCHRIFT