

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

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

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

.....
DATUM

.....
UNTERSCHRIFT