

Beitrittserklärung
„Ärztenez ZAM e.V.“

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in das Ärztenetz „ZAM e.V.“

Name: _____

Fachrichtung: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Email: _____

LANR: _____

BSNR: _____

Ort, Datum Unterschrift Stempel

Voraussetzung für die Mitgliedschaft ist laut Satzung die Gewährung einer Abbuchungserlaubnis für den Mitgliedsbeitrag in Höhe von 60 Euro pro Jahr.

Hiermit gewähre ich die Abbuchungserlaubnis des Mitgliedsbeitrages u.a. als SEPA-Lastschriftmandat, Gläubiger ID: DE56ZZZ00001412736 von meinem Konto:

IBAN: _____

Bei der Bank: _____

Ort, Datum Unterschrift