

Teilnahmeerklärung



MEDI GAP - Ärztenetz Zugspitzregion e.V.

c/o Kreisentwicklungsgesellschaft
Garmisch-Partenkirchen mbH
Burgstr. 15
82467 Garmisch-Partenkirchen

Beitritt zum Verein „MEDI GAP - Ärztenetz Zugspitzregion e.V.“

Hiermit erkläre ich rechtsverbindlich meinen Beitritt zum Verein „MEDI GAP - Ärztenetz Zugspitzregion e.V.“

Titel, Vor- und Nachname

BAG/Gemeinschaftspraxis mit

Praxisadresse

Geburtsdatum

Telefon

Fax

Email

Homepage

LANR

BSNR

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Beitragsordnung als verbindlich an und erkläre, dass ich die Ziele des Vereins nach besten Kräften unterstützen werde.

Ort, Datum

Unterschrift

MEDI GAP - Ärztenetz Zugspitzregion e.V.
c/o Kreisentwicklungsgesellschaft
Garmisch-Partenkirchen mbH
Burgstr. 15
82467 Garmisch-Partenkirchen



**Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer
und Ihre Mandatsreferenz
werden Ihnen gesondert mitgeteilt.**

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige „MEDI GAP - Ärztenetz Zugspitzregion e.V.“ widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige „MEDI GAP - Ärztenetz Zugspitzregion e.V.“, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von „MEDI GAP - Ärztenetz Zugspitzregion e.V.“ auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber, Vorname und Name

Anschrift

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE ___ / ___ / ___ / ___ / ___ / ___
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift