



### Mitgliedsantrag

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Name:		Vorname(n)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Akadem. Grad	Telefon (privat)	E-Mail-Adresse (privat)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Privatanschrift: Straße	PLZ	Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Berufliche Anschrift: Straße	PLZ	Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon (beruflich)	Fax	E-Mail-Adresse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Fachgebiet	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> freiberuflich		
	beruflich tätig		

#### Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-ID des Ärztevereins:  
**DE89AEV00001006003**

#### Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Ärzteverein Mainz-Rheinessen e. V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem u.a. Konto einzuziehen.

#### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Ärzteverein Mainz-Rheinessen e. V., Zahlungen von meinem u. a. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen u. a. genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name der Bank	<input type="text"/>
BIC	<input type="text"/>
IBAN	<input type="text"/>

Der Einzug des Jahresbeitrags erfolgt jährlich nach Ankündigung durch Überweisung von 0,01 EUR auf das o. a. Konto

Ich erkenne an, dass gemäß der Satzung eine Mitgliedschaft nur möglich ist mit der Ermächtigung zum bargeldlosen Einzug des Mitgliedsbeitrags. Die Höhe des Beitrags beträgt derzeit 50 €/Jahr.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort, Datum, Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen

Stempel

Für die Rücksendung in einem Fensterbriefumschlag vorbereitet

Ärzteverein Mainz-Rheinhessen e. V.  
c/o Dr. Wolfgang Klee  
Walpodenstr. 23

55116 Mainz