



Mitgliedsantrag

Name

Vorname(n)

Geburtsdatum

Akadem. Grad

Telefon (privat)

E-Mail-Adresse (privat)

Privatanschrift Straße/PLZ/Ort

Berufliche Anschrift Straße/PLZ/Ort

Telefon (beruflich)

E-Mail-Adresse (beruflich)

Fachgebiet

angestellt freiberuflich

Mandat für wiederkehrende Zahlungen / Gläubiger-ID des Ärztereins: DE89AEV00001006003

Einzugsermächtigung

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

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Ärzterein Mainz-Rheinhausen 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

BIC

IBAN

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.**

Ort, Datum, Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen