



Ärzteverein Hamm e.V., Papenweg 2, 59071 Hamm

Kassenwart Dr.B.Brehmer
Papenweg 2, 59065 Hamm
Tel. 02381 / 23944

-
Datum

Ihre Zeichen

Meine Zeichen
-

Aufnahmeantrag

Sehr geehrte Damen un Herren,

Hiermit stelle ich den Antrag auf Aufnahme in den Ärzteverein Hamm e.V.

Name:

Adresse:

Fach:

Tel:

Email:

FAX:

Das beigegefügte SEPA-Lastschrift-Mandat habe ich ausgefüllt.

Mit freundlichem Gruß

SEPA-Lastschrift-Mandat für den Ärzteverein Hamm e.V.

Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE64ZZZ00000255867

Mandats-Referenz:

Zahlungsart: wiederkehrende Lastschrift

Hiermit ermächtige ich den Ärzteverein Hamm e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Ärzteverein Hamm e.V. 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:

Wohnhaft:

Praxis/Klinik:

Konto Nr.: DE
(IBAN)

Kreditinstitut:.....
(Name und BIC)

Hamm, den
(Datum) (Unterschrift, Stempel)

Hinweis: Die IBAN und BIC finden Sie auf dem Konto-Auszug Ihrer Bank.
IBAN = International Bank Account Number
BIC = Bank Identifier Code
SEPA = Single Euro Payment Area (einheitlicher europäischer Zahlungsraum)