

Freie Ärzteschaft

Antrag auf Mitgliedschaft in der Freien Ärzteschaft e. V.

Hiermit beantrage ich mit sofortiger Wirkung die Mitgliedschaft in der Freien Ärzteschaft e. V.
Die Satzung des Vereins erkenne ich an.

Titel:

Vorname:

Name:

Straße:

PLZ:

Ort:

Vorwahl/Tel.:

Vorwahl/Fax:

E-Mail:

Fachrichtung:

KV-Bezirk:

Mit der Abbuchung des Mitgliedsbeitrags von meinem unten angegebenen Konto bin ich einverstanden. Mein Jahresbeitrag: € (Jahresbeitrag mindestens 240 € für niedergelassene Ärzte, 120 € für angestellte Ärzte – bitte Nachweis beifügen – und 50 € für Ärzte im Ruhestand. Bei Beitritt in der zweiten Jahreshälfte reduziert sich der Beitrag für das Beitrittsjahr um die Hälfte.)

Kontoinhaber:

IBAN:

Ich bin damit einverstanden, Rundschreiben, wichtige Ankündigungen und Informationen der Freien Ärzteschaft per E-Mail zu erhalten.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

Dieses Formular **faxen an: 0201 755816**

oder per Post an: Freie Ärzteschaft e. V., Wieland Dietrich, Vorsitzender, Gervinusstr.10, 45144 Essen