



Leininger Notarzzirkel e.V.
c/o Sekretariat Anästhesiologie
Kreis Krankenhaus Grünstadt
Westring 55

67269 Grünstadt

Mitgliedsantrag

Name:

Straße:

Wohnort:

Email:

Telefon:

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Leininger Notarzzirkel e.V. zum

Eine Kopie der Vereinssatzung habe ich erhalten.

SEPA-Lastschriftmandant / Gläubiger-Identifikationsnummer DE 31ZZZ00000511765

Ich ermächtige den Leininger Notarzzirkel e.V., den Mitgliedsbeitrag (*Nichtfachärzte 10,00 Euro, Fachärzte 20,00 Euro = Jahresbeitrag*) von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom LNZ 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. Wiederkehrende Zahlungsart: Zum 1. Februar Abbuchung des Mitgliedsbeitrages.

IBAN

BIC: (8 oder 11 Stellen)

Kreditinstitut mit BLZ:

Ort, Datum

Unterschrift