

## BEITRITTSERKLÄRUNG



Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein:  
“Hippokrates - Verein niedergelassener- und leitender  
Krankenhausärzte e.V.”

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Titel, Amtsbezeichnung: \_\_\_\_\_

Straße, Nummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Beruf, Tätigkeit: \_\_\_\_\_ Institution: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich den Kassenwart von “Hippokrates - Verein niedergelassener- und leitender Krankenhausärzte e.V.”, bis zum Widerruf dieser Erklärung, den Jahresbeitrag für den

Verein von meinem Bankkonto durch Lastschrift abzubuchen.

IBAN: \_\_\_\_\_

bei der Bank: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_