

## Aufnahmeantrag

---

Ich bitte um Aufnahme in den Verein Facharztforum-Lippe e.V.  
als ordentliches Mitglied.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### Wohnanschrift

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

### Dienstanschrift

Name der Praxis/  
Institution \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Art der ausgeübten Tätigkeit \_\_\_\_\_

Niederlassung \_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich den Mitgliedsbeitrag entsprechend der Beschlussfassung der Gründungsveranstaltung des Vorstandes des Facharztforum-Lippe e.V. entsprechend zu entrichten. Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von 120 € pro Jahr wird über das Lastschriftverfahren eingezogen.

Kto-Nr. \_\_\_\_\_ BLZ \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_