

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 _____