

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein Bereitschaftsdienstpraxis am Klinikum Passau e.V.

Name Vorname

Geburtsdatum..... PLZ,Wohnort.....

Straße, Haus-Nr..... Telefon

Fax email

Jahresbeitrag 25 €, einmalige Aufnahmegebühr 25€

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Bereitschaftspraxis am Klinikum Passau e.V., Gläubiger ID DE02ZZZ00001812087 Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger 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.

.....
Name, Vorname

.....
IBAN

.....
Geldinstitut

.....
BIC

.....
Datum

.....
Unterschrift