

# Fördergesellschaft

der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung Schleswig-Holstein e. V.  
Esmarchstraße 4, 23795 Bad Segeberg

## Persönliche Beitrittserklärung/Einzugsermächtigung \*)

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Fördergesellschaft der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung Schleswig-Holstein e.V.

|               |  |
|---------------|--|
| Name          |  |
| Vorname       |  |
| Titel         |  |
| Strasse / Nr. |  |
| PLZ / Ort     |  |
| Telefon       |  |
| Fax           |  |
| E-Mail        |  |

Ich ermächtige die **Fördergesellschaft der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung Schleswig-Holstein e. V.** widerruflich, den Jahresbeitrag zu Lasten des Kontos

|              |  |
|--------------|--|
| IBAN         |  |
| BIC          |  |
| Bank         |  |
| Kontoinhaber |  |

€ 65,00 / € \_\_\_\_\_ einzuziehen. (nicht Zutreffendes bitte streichen)

Die Gläubiger-ID lautet DE16ZZZ00000370609. Die Mandatsreferenz wird nachgereicht.  
Die Zahlung erfolgt zum 01. März eines jeden Jahres.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Arztstempel / Unterschrift

\*) ggf. streichen