

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