



### Mitgliedsantrag

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Ärzteverein Mainz e.V.

Name:		Vorname(n):		Geburtsdatum	Akadem. Grad:
Privatanschrift: Straße		PLZ	Ort		
Telefon (privat)	Fax (privat)	Beruflich tätig:	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> freiberuflich	
Fachgebiet:					
Berufliche Anschrift, Straße		PLZ	Ort		
Telefon (beruflich)	Fax (beruflich)	E-Mail-Adresse			

#### Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-ID des Ärztevereins:  
**DE89AEV00001006003**

#### Einzugsermächtigung

Ich ermächtige den Ärzteverein Mainz e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem u.a. Konto einzuziehen.

#### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Ärzteverein Mainz e.V., Zahlungen von meinem u.a. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen u.a. genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen 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 Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Name der Bank	
BIC	
IBAN	

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich der oben genannte Zahlungsempfänger über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten

Ich erkenne an, dass gemäß der Satzung eine Mitgliedschaft nur möglich ist mit der Ermächtigung zum bargeldlosen Einzug des Mitgliedsbeitrags. Die Höhe des Beitrags beträgt derzeit 50 €/Jahr.

--	--

Ort, Datum, Unterschrift des/der Zahlungspflichtigen

Stempel

Für die Rücksendung in einem Fensterbriefumschlag vorbereitet

Ärzteverein Mainz e.V.  
Postfach 100236

55130 Mainz