



Berufsverband der Sozialversicherungsärztinnen
und -ärzte Deutschlands e. V.
c/o Wiebke Pantos
Postfach 61 03 61
10926 Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage die Mitgliedschaft im Berufsverband der Sozialversicherungsärztinnen und -ärzte
Deutschlands e. V.



Bitte ziehen Sie den Mitgliedsbeitrag in Höhe von derzeit 40,00 Euro pro Jahr per Last-
schrift ein. Das SEPA-Lastschriftmandat habe ich beigelegt.

Den Antrag auf Mitgliedschaft und das SEPA-Lastschriftmandat habe ich ausgefüllt und diesem
Schreiben beigelegt.

Mit freundlichen Grüßen



Antrag auf Mitgliedschaft

(mit * gekennzeichnete Angaben sind Pflichtangaben)

Name*: _____ Vorname*: _____

Titel u/o akad. Grade*: _____ Geburtsdatum*: _____

Gebietsbezeichnung(en)*: _____

Zusatzbezeichnung(en)*: _____

Privat:

Straße, Hausnummer*: _____

PLZ*: _____ Stadt*: _____

E-Mail-Adresse (privat)*: _____

Telefon*: _____ Mobiltelefon: _____

Dienstlich:

Arbeitgeber*: _____ seit _____

Dienststellung/Funktion: _____

Straße*: _____ PLZ*: _____ Stadt*: _____

E-Mail-Adresse (dienstl.): _____

Telefon (dienstl.): _____ Telefax (dienstl.): _____

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Berufsverband der Sozialversicherungsärztinnen und -ärzte Deutschlands e. V.

Ort, Datum

Unterschrift



Berufsverband der Sozialversicherungsärztinnen und -ärzte Deutschlands e. V., c/o Wiebke Pantos,
Wundtstr. 4, 14059 Berlin

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE70ZZZ00001062411

Mandatsreferenz:

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Berufsverband der Sozialversicherungsärztinnen und -ärzte Deutschlands e. V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Berufsverband der Sozialversicherungsärztinnen und -ärzte Deutschlands e. V. 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.

Vorname und Name (Kontoinhaber):	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
Kreditinstitut (Name und BIC):	Name: BIC:
IBAN:	DE__ ____ ____ ____ ____ __

Datum, Ort

Unterschrift