

## BEITRITTSERKLÄRUNG

zu MEDIVERBUND Bayern e. V.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zu MEDIVERBUND Bayern e. V.

Der Jahresbeitrag beträgt € 124.00 und ist bargeldlos per Lastschrifteinzugsverfahren zu entrichten. Die Satzung finden Sie unter [www.medi-bayern.de](http://www.medi-bayern.de) im Internet. Sie wird Ihnen auf Anforderung auch gerne zugeschickt.

Ich möchte Mitglied werden ab

---

Monat/Jahr

---

Persönliche Daten

---

Name

---

Vorname

---

Straße/Hausnr.

---

PLZ/Wohnort

---

Telefon

Privat

---

Fax

Fachgebiet

---

E-Mail

---

Datum

Unterschrift

### Einzugsermächtigung

Ich ermächtige widerruflich MEDIVERBUND Bayern e. V., meinen Jahresbeitrag von € 124.00 von meinem Konto abzubuchen. Wenn das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, ist das Kreditinstitut nicht zur Einlösung der Lastschrift verpflichtet.

Name Kontoinhaber/in

---

Anschrift (Straße, Hausnummer, Plz, Ort)

---

Name des Kreditinstituts

---

Kontonummer

BLZ

---

IBAN

BIC

---

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers