

Mitgliedsbeiträge pro Person

Beitrag halbjährlich **EUR 300,00**
Fälligkeiten 01.01. und 01.07.

Titel, Name:		Vorname:	Geb.-Datum:
Fachrichtung:			LANR:
Bezeichnung der Praxis			BSNR:
Straße:		PLZ/Ort:	
Telefon:		FAX:	
Direkte Durchwahl („Kollegenummer“)			
E-Mail Adresse			

Die Information über die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten habe ich erhalten.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzungen und Ordnungen des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an.

Ort, Datum

Unterschrift:

Über die Aufnahme wird in der nächsten Vorstandssitzung entschieden.

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftenmandats

Zahlungsempfänger: HilMed e.V. Wollenweberstr. 8 31134 Hildesheim	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE93ZZZ00000839382
Zahlungsart <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlungen	Mandatsreferenz:

SEPA-Lastschriftenmandat

Ich ermächtige HilMed e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger HilMed 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.

Name und Anschrift des Kontoinhabers	
IBAN DE	BIC (8 oder 11 Stellen)
Kreditinstitut	

Ort, Datum

Unterschrift:
