

Aufnahmeantrag Ärzteverein Südkreis Mettmann e. V.



Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Ärzteverein Südkreis Mettmann e.V. als

Zugelassener Arzt / privat niedergelassener Arzt Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)
Zutreffendes bitte ankreuzen. Angestellte Ärzte können nicht selbst Mitglied werden. Von der Satzung, der Beitragsordnung und den Richtlinien der Mitgliederversammlung habe ich Kenntnis genommen. Meine privaten Kontaktdaten füge ich bei (Formular Stammdaten-Aktualisierung).

Ich zahle mit Einzugsermächtigung (ohne Beitragszuschlag)

Ich verpflichte mich, alle Beiträge (plus Zuschlag je Versorgungsauftrag gem. Beitragsordnung, aktuell 10 €) nach Rechnungsstellung auf das Konto des Vereins zu überweisen. Bei Zahlungsverzug verpflichte ich mich zur Zahlung der Mahnkosten gemäß der Beitragsordnung.

KV-Betriebsstättennr.: _____ **KV-LANR (Arzt/ärztl. MVZ-Leiter):** _____

Name, Vorname / MVZ _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ Fax _____

Mobiltelefon: _____ Mail: _____

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift (bei MVZ: des ärztlichen Leiters) _____

SEPA-Lastschriftmandat:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ00000679647 (Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige den Ärzteverein Südkreis Mettmann e.V., Langenfeld, alle fälligen Zahlungen vom Konto

der Praxis der BAG des MVZ mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Ärzteverein auf dieses Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Über dieses Konto werden die Beiträge für alle Versorgungsaufträge der o.g. Betriebsstättennummer eingezogen (alle zugelassenen und angestellten Ärzte in Einzelpraxen, BAG und MVZ).

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.

Kontoinhaber _____

IBAN _____

Geldinstitut _____

Ort, Datum _____

Unterschrift des Kontoverfügberechtigten _____