

# Aufnahmeantrag Ärzteverein Südkreis Mettmann e. V.



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

Arzt (natürliche Person)       Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ, juristische Person)  
Von der Satzung, der Beitragsordnung und den Richtlinien der Mitgliederversammlung habe ich Kenntnis genommen.

Ich zahle mit Einzugsermächtigung (ohne Beitragszuschlag)

Ich verpflichte mich, alle Beiträge (+ Zuschlag von 10,00€ pro Arzt / Versorgungsauftrag) nach Rechnungsstellung auf das Konto des Vereins zu überweisen. Bei Zahlungsverzug verpflichte ich mich zur Zahlung der Mahnkosten gemäß der Beitragsordnung.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Betriebsstättennummer: \_\_\_\_\_ LANR (Arzt/ärztl. MVZ-Leiter): \_\_\_\_\_

Name, Vorname / MVZ \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_ Bei MVZ: Zahl der Versorgungsaufträge: \_\_\_\_\_

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, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Ärzteverein 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.

IBAN \_\_\_\_\_

Geldinstitut \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Kontoverfügberechtigten \_\_\_\_\_