

Praxisverbund Pfaffenwinkel e. V.
c/o Manfred Spann GmbH
Holzhauser Str. 10
86899 Landsberg

Aufnahme in den Praxisverbund Pfaffenwinkel e. V.

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in den Praxisverbund Pfaffenwinkel e.V.
Ich habe ein Exemplar der Satzung erhalten und stimme dem Inhalt zu.

Titel, Vor- und Nachname	
Praxisadresse	
Praxiskonstellation (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> ÖBAG <input type="checkbox"/> ÜBAG mit MVZ <input type="checkbox"/> ÜBAG ohne MVZ <input type="checkbox"/> MVZ
Arztstatus (bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung
Geburtsdatum	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Homepage	
Fachgebiet / Schwerpunkte	
LANR	
BSNR	
Privatanschrift	
Privat-Telefon	

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung als verbindlich an und erkläre, dass ich die Ziele des Vereins nach besten Kräften unterstützen werde. Die Datenschutzerklärung für Vereinsmitglieder habe ich erhalten. Ich willige in die Datenverarbeitung ein.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

SEPA - Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Praxisverbund Pfaffenwinkel e. V.
c/o Manfred Spann GmbH
Holzhauser Str. 10
86899 Landsberg

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE61ZZZ00001595103

Die Mandatsreferenznummer teilen wir Ihnen gesondert mit.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtigen PVP e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom PVP e.V. auf mein/unser 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

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift(en)

--	--