

SPORTÄRZTEVERBAND HESSEN E.V.



An den
Sportärzteverband Hessen e.V.
Königswarterstraße 16

60316 Frankfurt am Main

Änderung

Hiermit teile ich folgende Änderungen mit:

Name:

Vorname:

geboren am:

AiP / Approbation am

Arzt für:

Anschrift (privat)

Straße, Haus -Nr.

Postleitzahl, Ort: _____

Promotion: ja / nein /

seit:

Adresse (dienstlich):

Tel.: privat:

dienstlich:

Fax : privat:

dienstlich:

e-mail privat:

dienstlich:

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____ Stempel _____

Ermächtigung zum Einzug der Mitgliedsbeiträge mittels SEPA-Lastschrift/Kontoänderung

Kreditinstitut:

BIC:

IBAN: / / / / /

Der Mitgliedsbeitrag beträgt pro Jahr € 100.—,

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____