**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       Promotion: ja / nein [ ]  / [ ]

Arzt für:       seit:

Anschrift (privat)

Straße, Haus -Nr.

Postleitzahl, Ort:

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