

# Erklärung über den Beitritt in den Facharztverein Kempten-Allgäu

Hiermit beantragt

Titel, Vor- u. Nachname:	
Praxis-/MVZ-Adresse:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	
Fachgebiet(e):	
Schwerpunkt(e):	
Belegarzt in folgendem Krankenhaus:	
Gemeinschafts- praxispartner sind:	
MVZ-Partner sind:	

gemäß § 3 der Satzung die Aufnahme in den Facharztverein Kempten-Allgäu

Mit der Unterschrift ist die Verpflichtung zur Einhaltung der Inhalte der Satzung des Vereins verbunden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

**BITTE DIE RÜCKSEITE AUCH AUSFÜLLEN!**

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Facharztverein Kempten-Allgäu

Name und Anschrift des Kontoinhabers

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen

Verpflichtungsgrund, evtl. Betragsbegrenzung  
Vereinsbeiträge, Umlagen und Beitrittsgebühr

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mit der

Nr.

Bankleitzahl

bei

genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift(en)