

Ich erkläre hiermit rechtsverbindlich meinen
Eintritt zum Bayerischen Facharztverband
Stadionstr. 58
93326 Abensberg
Fax: 09443/1343
email: info@bayerischerfacharztverband.de
www.bayerischerfacharztverband.de

... und ermächtige ihn widerruflich zum Einzug
meines Beitrages in Höhe von 100,- € beim
Verbandseintritt und jeweils zum 01.01. der
folgenden Jahre.

.....
Name, Vorname

.....
Girokonto-Nr

.....
Straße

.....
Bankleitzahl

.....
PLZ, Ort

.....
Kreditinstitut

.....
Telefon / Praxis, Fax / Praxis

.....
Datum Stempel/Unterschrift

.....
E-Mail

Senden Sie Ihre Beitrittserklärung bitte an die
oben genannte Faxnummer oder Verbandsadresse.

.....
geb. am niedergelassen seit