

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in dem Verein

SOLIMED
Ärztliches Qualitätsnetz Solingen
Parkstr. 20
42697 Solingen

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ , Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Fachrichtung: _____

Telefon (Praxis): _____ nur für Kolleg(inn)en _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Die einmalige Aufnahmegebühr von 150,-€ (75,-€ für weitere Praxispartner/-innen) sowie der jährliche Betrag von 50,- € pro Mitglied sollen im Lastschriftverfahren abgebucht werden (siehe Einzugsermächtigung)

Ort, Datum, Unterschrift (ggf. Stempel)

Einzugsermächtigung

Hiermit wird der Verein

SOLIMED
Ärztliches Qualitätsnetz Solingen
Parkstr. 20
42697 Solingen

stets widerruflich ermächtigt, den Mitgliedsbeitrag von 50,- € jährlich (persönliche Mitgliedschaft) sowie die einmalige Aufnahmegebühr von 150,- € (75,- € für weitere Praxispartner/-innen) im Lastschriftverfahren abbuchen zu lassen.

Bankinstitut: _____

Konto-Nr.: _____ BLZ: _____

Ort, Datum, Unterschrift (ggf. Stempel)