



Berufsverband
der Sozialversicherungsärztinnen und -ärzte
Deutschlands e. V.

Mitglied der
EUMASS



BERUFSVERBAND DER SOZIAL-
VERSICHERUNGSÄRZTINNEN UND -ÄRZTE
Dr. med. Renée Wirtmüller, Vorsitzende
Wittelsbacherstr. 31
10707 Berlin

Sehr geehrte Frau Dr. Wirtmüller,
Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beantrage die Mitgliedschaft im Berufsverband der Sozialversicherungsärztinnen und -ärzte
Deutschlands e. V.

Den Antrag auf Mitgliedschaft und gegebenenfalls die Einzugsermächtigung durch Lastschriften
habe ich ausgefüllt und diesem Schreiben beigelegt.

Mit freundlichen Grüßen



Antrag auf Mitgliedschaft

Name: _____ Vorname: _____

Titel u/o akad. Grade: _____ Geburtsdatum: _____

Gebietsbezeichnung(en): _____

Zusatzbezeichnung(en): _____

Privat:

Straße, Hausnr.: _____

PLZ: _____ Stadt: _____

E-Mail-Adresse (privat): _____

Telefon: _____ Mobiltelefon: _____

Dienstlich:

Arbeitgeber: _____ seit _____

Dienststellung/Funktion: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Stadt: _____

E-Mail-Adresse (dienstl.): _____

Telefon (dienstl.): _____ Telefax (dienstl.): _____

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Berufsverband der Sozialversicherungsärztinnen und -ärzte Deutschlands e. V.

Ort, Datum

Unterschrift



Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Berufsverband der Sozialversicherungsärztinnen
und -ärzte Deutschlands e. V.
Wittelsbacherstr. 31
10707 Berlin

Name und Anschrift des Kontoinhabers:

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ: _____

Stadt: _____

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen Mitgliedschaft im Berufsverband der Sozialversicherungsärztinnen und -ärzte Deutschlands e. V.

bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mit der

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

Kontoführendes Kreditinstitut: _____

durch Lastschrift einzuziehen.

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

Ort, Datum

Unterschrift