



Gesundheitsnetz Starnberg-Wolfratshausen e. V.
 c/o Manfred Spann GmbH
 Rudolf-Diesel-Str. 17
 86899 Landsberg am Lech

gerne zurück auch per Fax:
 08191 657 129-79

Beitritt zum Gesundheitsnetz Starnberg-Wolfratshausen e. V.

Hiermit erkläre ich rechtsverbindlich meinen Beitritt zum Gesundheitsnetz Starnberg-Wolfratshausen e. V.

Titel, Vor- u. Nachname:			
BAG / Gemeinschafts- praxis mit:			
Praxisadresse:			
Geburtsdatum:			
LANR:		BSNR:	
Telefon:		FAX:	
E-Mail:			
Homepage:			
Fachgebiet(e): Schwerpunkt(e):			
Belegarzt in folgendem Krankenhaus:			
Angestellter Arzt/Ärztin bei:			
Anteil der Anstellung auf KV-Sitz (¼, ½, ¾, ganz):		→ Beitrag und Stimmrecht richten sich nach der anteiligen Anstellung auf einen KV-Sitz	

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Beitragsordnung als verbindlich an und erkläre, dass ich die Ziele des Vereins nach besten Kräften unterstützen werde.

Die Datenschutzerklärung für Vereinsmitglieder habe ich erhalten. Ich willige in die Datenverarbeitung ein.

Ort, Datum Unterschrift

SEPA - Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers

Gesundheitsnetz Starnberg-Wolfratshausen e. V.
c/o Manfred Spann GmbH
Rudolf-Diesel-Str. 17
86899 Landsberg am Lech

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE50ZZZ00000909802

Die Mandatsreferenznummer teilen wir Ihnen gesondert mit.

SEPA-Lastschriftmandat

Ich/wir ermächtigen GSW e.V. Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von GSW e.V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Anschrift des Kontoinhabers / Praxisstempel

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift(en)

--	--