

Beitrittserklärung als Mitglied zur Saarländischen Chirurgenvereinigung e.V.

Ich möchte Mitglied der Saarländischen Chirurgenvereinigung e. V. werden und bitte, mich ab sofort in das Mitgliederverzeichnis aufzunehmen. Der Mitgliedsbeitrag in Höhe von 20,- € pro Jahr wird durch die Erteilung der Einzugsermächtigung im Folgenden von meinem Konto eingezogen werden. Durch einfache schriftliche Erklärung kann ich die Mitgliedschaft kündigen.

Name, Vorname:

Dienstlich:

Krankenhaus/Praxis:

Strasse, Hausnummer:

PLZ, Ort :

Telefon:

Email:

Privat:

Strasse, Hausnummer:

PLZ, Ort :

Einzugsermächtigung:

Kontoinhaber:

Kreditinstitut :

Bankleitzahl:

Kontonummer:

Hiermit gestatte ich der Saarländischen Chirurgenvereinigung e.V. einmal jährlich den Jahresbeitrag von 20 € von meinem oben angegebenen Konto abzubuchen.

Diese Ermächtigung verfällt, sobald ich schriftlich die Mitgliedschaft bei der Saarländischen Chirurgenvereinigung e.V. kündige.

Ort, Datum:

Unterschrift:

.....