

Antrag auf Mitgliedschaft – ATCÄ e.V.

Hiermit stelle ich:

Name

Adresse

Tel

Fax

Beruf

An

c/o Büroservice Bertelt
Am Speiergarten 24g

D-65191 Wiesbaden

Email Adresse

(Bitte das ausgefüllte Formular an die
obenstehende Adresse zurücksenden)

den Antrag auf Mitgliedschaft in der ATCÄ e.V.
und erkläre mich zur Zahlung des folgenden
Jahresbeitrages (bitte ankreuzen) bereit:

Email: AnkeBertelt@t-online.de

50,00 € für berufstätige Ärzte

Fax 0611 4478412

40,00 € für nicht-berufstätige Ärzte

Praxisstempel

25,00 € für Medizinstudenten/AIP/ÄIP

Ihre Homepage zur Veröffentlichung auf der
ATCÄ Website:
http://

Ausbildung bitte ankreuzen

Noch nicht abgeschlossen ()

Prüfung A = 140 Stunden ()

Prüfung B = 350 Stunden ()

Ort, Datum

Unterschrift

Aus organisatorischen Gründen bitten wir um Ihr Verständnis, daß die Mitgliedschaft erst nach
Eingang der unten stehenden Einzugsermächtigung wirksam wird. Bitte nehmen Sie von anderen
Zahlungsformen Abstand. Angestellte Ärzte bitte Approbation und AiPs und Studenten bitte
Studienbescheinigung jeweils in Kopie beilegen, bei Niedergelassenen reicht der Praxisstempel.

Adresse im Internet ----- bitte ankreuzen einverstanden () nicht einverstanden ()

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtende Zahlungen –
Jahresbeitrag der ATCÄ e.V., Mozartstr. 16, Gustavsborg – bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres
Kontos mit der

Konto-Nr. _____ BLZ _____ bei _____

Kontoinhaber _____

Adresse _____

durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist,
besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen
werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum

Unterschrift