

Beitrittserklärung

(Bitte deutlich und mit Druckschrift ausfüllen)

Hiermit erkläre(n) ich/wir meinen/unseren Beitritt zum

Schulungsverein Ohrekreis e.V., Gerikestr. 4, 39340 Haldensleben

Name und ggf. Titel: _____

Vorname: _____

Straße und Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon Praxis/Klinik: _____

Fax Nr. Praxis/Klinik: _____

Telefon privat: _____

Fax Nr. privat: _____

E-Mail Adresse: _____

Fachgebiet/Beruf: _____

Ort und Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige hiermit den Vorstand des

Schulungsverein Ohrekreis (SVOK) e.V.

den jeweils gültigen Jahresvereinsbeitrag von folgendem Konto abzubuchen:

Kontoinhaber: _____

Konto-Nr.: _____

Bank: _____

Bankleitzahl: _____

Ort und Datum

Unterschrift