

An die Vorsitzende / den Vorsitzenden
der örtlich zuständigen Bezirksgruppe

des Landesverbandes Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.

2014-05-07

Aufnahmeantrag

Name, Vorname, Titel: _____

Geb.-Datum: _____ / _____ / _____

Privatanschrift:

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Fon: _____

E-Mail: _____

Dienstanschrift:

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Fon: _____

E-Mail: _____

Gebietsbezeichnung(en): _____

Angestellte(r)

Beamtin/Beamter

Mitglied in einer Ärztegewerkschaft: _____

Beschäftigungsverhältnis: in Vollzeit in Teilzeit

(Ort, Datum) / / (Unterschrift)

► **Anlage:** Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

**Landesverband Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte
des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.**

(z. H. der Schatzmeisterin / des Schatzmeisters der örtlich zuständigen Bezirksgruppe)

**SEPA – Lastschriftmandat
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren**

Name und Anschrift der/des Kontoinhaber/in:

Hiermit ermächtige ich den **Landesverband Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.**, die von mir zu entrichtenden Jahresbeiträge bei Fälligkeit (15.02. jeden Jahres) mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Landesverband auf mein Konto bezogenen Lastschriften einzulösen.

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

IBAN: _____ **BIC:** _____

Kreditinstitut: _____

Gläubiger-ID: DE56ZZZ0001020177

Mandatsreferenz: wird nach Eingang und Aufnahme in den Landesverband zugeteilt.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)