

Z. Hd.
Dr. Ingeborg Doberenz
Vorsitzende

Bünastr.11
01159 Dresden

Tel.0351-4215323
Fax 0351-4275594
E-Mail [.ingeborg.doberenz@t-online.de](mailto:ingeborg.doberenz@t-online.de)



Mitgliedsantrag

Name:	
Vorname:	
Titel:	
Praxisadresse:	
Tel.:	
Handy:	
Fax:	
E-Mail:	
Homepage:	
KV-Nummer:	
Praxisform:	
Praxisbesonderheiten/Schwerpunkte:	
Praxissoftware:	
Bankverbindung Name der Bank / BLZ: Kontonummer: IBAN: BIC:	

Ich beantrage hiermit die Mitgliedschaft im HNO-Verband Sachsen e. V. und erkenne die Satzung und die Beitragsregelung in der aktuellen Form an.

Ich bin mit der Speicherung meiner Daten im Zusammenhang mit der beantragten Mitgliedschaft einverstanden.

Den monatlichen Mitgliedsbeitrag von derzeit 35,00 € werde ich jeweils zum Ersten des Monats auf das Konto des Verbundes überweisen

Für den monatlichen Mitgliedsbeitrag von derzeit 35,00 € erteile ich eine Einzugsermächtigung

Apotheker- und Ärztebank Leipzig / BLZ 10090603
Kontonummer 0007311028

Datum:

Unterschrift