

BEITRITTSERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum BERUFSVERBAND FÜR ARTHROSKOPIE e.V.

NAME: _____

VORNAME: _____

STRASSE: _____

PLZ, ORT: _____

Bitte füllen Sie das "Mitglieder Adressen Update" für weitere persönliche Daten zusätzlich aus und legen dieses Ihrer Anmeldung bei.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit bevollmächtige ich den BERUFSVERBAND FÜR ARTHROSKOPIE e.V., den von mir zu entrichtenden Jahresbeitrag (s.u.) bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos

IBAN: _____ bei _____

BIC: _____

einanzuziehen.

Gleichzeitig ermächtige ich die oben genannte Bank, mein Konto mit dem angeforderten Betrag zu belasten. Für entsprechende Deckung werde ich Sorge tragen.

Ich verpflichte mich, die u. g. Position/Mitgliedsbeitrag wahrheitsgemäß anzugeben und bei Positionswechsel den BVASK e.V. unmittelbar zu informieren.

Diese Erklärung gilt, solange sie nicht gegenüber dem BERUFSVERBAND FÜR ARTHROSKOPIE e.V. schriftlich widerrufen wird.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Bitte markieren Sie Ihre Position:

- | | | | |
|--|------------|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Assistenzarzt/-ärztin | 70 €/Jahr | <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt/Ärztin | 350 €/Jahr |
| <input type="checkbox"/> angestellter Facharzt/-ärztin | 100 €/Jahr | <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin in BAG/MVZ eines Mitgliedes | 100 €/Jahr |
| <input type="checkbox"/> Oberarzt/-ärztin | 100 €/Jahr | <input type="checkbox"/> Seniorsmitglied | 100 €/Jahr |
| <input type="checkbox"/> Chefarzt/-ärztin | 350 €/Jahr | <input type="checkbox"/> Student/-in | Beitragsfrei |

Bankverbindung:
HypoVereinsbank Hamburg, Kto.: 15 71 38 42, BLZ: 200 300 00
IBAN: DE91 2003 0000 0015 7138 42, BIC: HYVEDEMM300

Geschäftsstelle
Breite Straße 96
41460 Neuss
Tel.: +49 (0) 2131 51 25 722
Fax: +49 (0) 2131 25 412
mail@bvas.de
www.bvas.de