

Aufnahmeantrag

Name:	Vorname:	Medifair e.V. Das Gesundheitsnetz in OPR
geb.:		Vorsitzender Dr. med. Ralf Greese
Straße:	Praxisort:	Vereinssitz Junckerstraße 10 a 16816 Neuruppin Telefon: 03394-40 35 80
Tel.:	Fax:	Registriergericht Amtsgericht Neuruppin
E-Mail:		Registernummer VR 4001 NP
		Bankverbindung Sparkasse Ostprignitz-Ruppin BLZ: 16050202 Konto: 1720043325

Ich beantrage die Aufnahme in den Verein Medifair e.V.

Datum: Unterschrift: Praxisstempel:

Bankeinzugsermächtigung:

Ich ermächtige den Verein Medifair e.V., den monatlichen Beitrag von 50,00 € sowie die einmalige Aufnahmegebühr von 100,00 € von meinem Konto:

Konto-Nr.: Bankleitzahl:

IBAN: BIC:

Bankinstitut:

einziehen. (kann jederzeit storniert oder widerrufen werden)

Datum: Unterschrift: Praxisstempel: